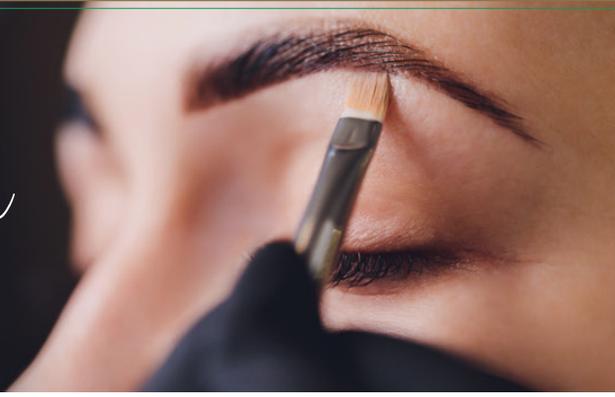


Designer de Sobancelha

FICHA DE ANAMNESE



Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Ocupação: _____ Telefone: _____

É WhatsApp?

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

E.S. Espaço entre sobrancelhas	
E.G. Espaço entre Glândulas	
A.I. Altura Inicial	
A.C. Altura Central	
A.F. Altura Final	
P.I. Ponto Inicial	
P.A. Ponto Alto	
P.F. Ponto Final	

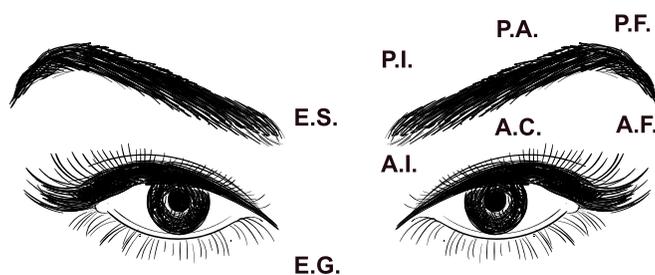
Cor da Henna: _____

Formato dos Olhos: _____

Formato do Rosto: _____

Tipo de pele: _____

Espessura das sobrancelhas: _____



Possui queda de pelos? SIM NÃO

Já utilizou a método de Design? SIM NÃO

É gestante? SIM NÃO

Possui algum tipo de alergia à Henna, Cosméticos ou outra substância? SIM NÃO

Especifique:

Faz uso de algum medicamento? SIM NÃO

Especifique:

Algum outro problema que seja necessário nos informar antes do procedimento? SIM NÃO

Especifique:

Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional quaisquer responsabilidades por informações omitidas nessa avaliação.

Autorizo registro fotográfico do trabalho realizado ("antes" e "depois") para efeitos de documentação e divulgação em books, redes sociais ou qualquer material publicitário. A presente autorização é concedida gratuitamente, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos ou qualquer outro.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____