



# Lash Lifting

FICHA DE ANAMNESE

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

É WhatsApp?

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Utiliza lentes de contato?  SIM  NÃO Realizou algum procedimento nos olhos recentemente?  SIM  NÃO

É gestante?  SIM  NÃO Está em tratamento oncológico?  SIM  NÃO

Lactante?  SIM  NÃO Conjuntivite ou Irritação?  SIM  NÃO

Possui algum tipo de alergia à esmaltes, cosméticos ou alguma outra substância?  SIM  NÃO

Especifique:

Possui Glaucoma, Blefarite ou algum outro problema ocular?  SIM  NÃO

Especifique:

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

Especifique:

Tamanho do Pad:

I  B  C  D  L  M



Tempo de Ação

Loção Curvadora:

Solução Fixadora:

Solução Nutritiva:

Tintura:

SIM  NÃO

Tempo:

Cor:

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

Comprometo-me a seguir todos os cuidados necessários após o procedimento.

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: \_\_\_\_\_