

Maquiagem Profissional

FICHA DE ANAMNESE E FACECHART



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

Ocupação: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ É WhatsApp?

RG: _____ CPF: _____

Utiliza lentes de contato? SIM NÃO Está em tratamento oncológico? SIM NÃO

Já fez maquiagem profissional? SIM NÃO

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: _____

Estilo de Maquiagem: _____ Horário e tipo de evento: _____

Noiva Festa Debutante Nude Dia Local aberto Local fechado

Pele

| | |
|------------|-------------|
| Hidratante | Corretivo |
| Base | Pó compacto |
| Blush | Iluminador |
| Outros | |

Olhos

| | |
|-------------|----------|
| Sobrancelha | Pálpebra |
| Delineador | Rímel |
| Outros | |

Lábios

| | |
|---------|---------|
| Lápis | Gloss |
| Batom 1 | Batom 2 |
| Outros | |

Cílios Postiços? SIM NÃO

Especifique: _____

Considerações finais:

