

## FICHA DE ANAMNESE DE MÃOS E PÉS

### Identificação do Cliente

Nome:	_____				
Idade:	_____	Data de Nascimento:	___/___/___		
Género:	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	Pronomes: _____		
Morada:	_____				
Andar:	_____	Porta:	_____	Código-Postal:	_____ - _____, _____
Telm.: (+351)	_____	E-mail:	_____		
Profissão:	_____	Nº de Filhos:	_____	Gestante:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### Outras Informações do Cliente

Está a realizar algum tratamento de sobrancelhas atualmente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual:	_____	
Usa produtos cosméticos nas sobrancelhas regularmente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, quais:	_____	
Tem alergias a produtos cosméticos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, quais:	_____	
Já teve reações alérgicas a tinturas, Henna ou produtos aplicados nas sobrancelhas?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais: _____
Realizou algum procedimento estético nas sobrancelhas nos últimos seis meses?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual: _____

Usa medicamentos que possam afetar a pele (como corticoides ou medicamentos para acne)?

Sim     Não    Se sim, quais: \_\_\_\_\_

Tem problemas dermatológicos na área das sobrancelhas?     Sim     Não

Se sim, quais: \_\_\_\_\_

### Estética das Sobrancelhas

Já realizou design de sobrancelhas anteriormente?     Sim     Não

Frequência do design de sobrancelhas:

Semanal     Quinzenal     Mensal     Outra: \_\_\_\_\_

Técnicas de sobrancelha já realizadas:

Henna     Microblading     Micropigmentação     Coloração

Brow Lamination     Outros: \_\_\_\_\_

Tem sobrancelhas naturais ou com falhas?     Naturais     Falhas visíveis

Preferência de formato de sobrancelha:

Natural     Arqueado     Reto     Outro: \_\_\_\_\_

Preferência de técnica para o design de sobrancelhas:

Henna     Coloração     Outro: \_\_\_\_\_

## Alterações da Pele nas Sobrancelhas

Pele sensível na área das sobrancelhas:  Sim  Não

Alergias a produtos cosméticos ou de beleza?  Sim  Não

Se sim, quais: \_\_\_\_\_

Já teve reações adversas a procedimentos estéticos nas sobrancelhas?

Sim  Não Se sim, descreva: \_\_\_\_\_

### Termo de Consentimento

Declaro que as informações prestadas nesta ficha são verídicas e completas, e autorizo a sua utilização para o tratamento estético.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais

Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais fornecidos nesta ficha, em conformidade com o RGPD da lei nº 58/2019, de agosto, com o objetivo tratamento de dados pessoais, bem como, a prestação de serviços e tratamentos estéticos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_