

Ficha de Anamnese

DESIGN DE SOBRANCELHAS

Instituto
BEATRIZ OLIVEIRA**A Dados pessoais**

NOME	NASCIMENTO	IDADE	SEXO
TELEFONE / WHATSAPP	E-MAIL	PROFISSÃO	ATENDIMENTO
ENDEREÇO	N°	BAIRRO	CIDADE / UF
			CEP

B Histórico de saúde

◆ Fumante?	☐ S ☐ N	◆ Cardiopatia?	☐ S ☐ N	◆ Hipertensão?	☐ S ☐ N
◆ Diabetes?	☐ S ☐ N	◆ Anemia?	☐ S ☐ N	◆ Hipo / hipertireoidismo?	☐ S ☐ N
◆ Gestante / amamentando?	☐ S ☐ N	◆ Hepatite?	☐ S ☐ N	◆ Portador de HIV?	☐ S ☐ N
◆ Quelóide / cicatrização lenta?	☐ S ☐ N	◆ Doença de pele ativa?	☐ S ☐ N	◆ Câncer em tratamento?	☐ S ☐ N
◆ Herpes labial / facial?	☐ S ☐ N	◆ Glaucoma?	☐ S ☐ N	◆ Depressão?	☐ S ☐ N
◆ Usa ácidos / Roacutan?	☐ S ☐ N	◆ Anticoagulante / AAS?	☐ S ☐ N	◆ Medicamento contínuo?	☐ S ☐ N

TIPO DE ALERGIA (MARQUE SE APLICÁVEL)

☐ Cosméticos ☐ Henna / corantes ☐ Níquel ☐ Látex ☐ Anestésicos tópicos ☐ Perfumes

☐ Outras: _____

Possui algum problema de saúde, alergia ou medicação não citado acima? ☐ SIM ☐ NÃO _____**C Avaliação & procedimento**

TIPO DE PELE	FORMATO DO ROSTO	JÁ FEZ HENNA?
☐ Oleosa ☐ Seca	☐ Oval ☐ Redondo	☐ Sim ☐ Não
☐ Mista ☐ Sensível	☐ Quadrado ☐ Coração	
☐ Normal	☐ Alongado	

TÉCNICA REALIZADA _____ COR DA HENNA · MARCA _____ TEMPO DE AÇÃO _____

OBSERVAÇÕES DA PROFISSIONAL

Termo de consentimento & LGPD. Declaro que as informações acima são verdadeiras e completas, e me responsabilizo por eventuais omissões. Autorizo a profissional **Beatriz Oliveira** a executar o procedimento e fui orientada sobre os cuidados pós-atendimento e eventuais contraindicações. Conforme a **Lei nº 13.709/2018 (LGPD)**, meus dados serão utilizados exclusivamente para meu atendimento. Autorizo o uso de imagens (antes/depois) para fins profissionais – caso não autorize, marcar: ☐ **não autorizo divulgação**.

ASSINATURA DO(A) CLIENTE

PROFISSIONAL · DATA