



**FICHA DE ATENDIMENTO: DESIGN DE SOBRANCELHAS**

**Data:**

**Nome:**

**Data de Nasc.:**

**Endereço:**

**Nº:**

**Bairro:**

**Cidade:**

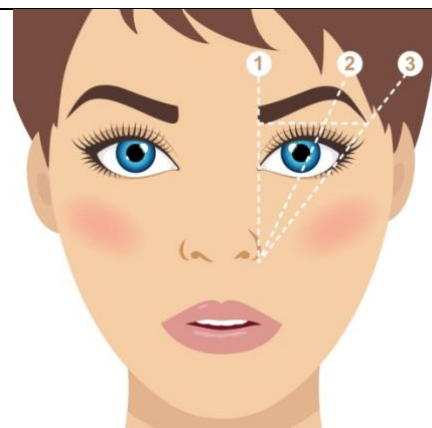
**Telefone:**

**Celular:**

**HISTÓRICO**

Alergia? ( )Sim ( )Não	Possui algum problema de saúde? ( )Sim ( )Não
Diabetes? ( )Sim ( )Não	Faz uso de algum medicamento? ( )Sim ( )Não Quais?
Gravidez? ( )Sim ( )Não	Lactação? ( )Sim ( )Não
Uso de clareadores? ( ) Sim ( ) Não	Quedas de pelo? ( )Sim ( )Não

**ANÁLISE DAS SOBRANCELHAS**



Espaço entre as sobrancelhas:
Espaço entre as glândulas lacrimais:
Altura central:
Ponto inicial:
Ponto de arqueamento:
Ponto final:
Falhas nas sobrancelhas:
Espessura das sobrancelhas:
Formato dos olhos:
Formato do rosto:

Obs.: As informações acima são fornecidas pelo cliente, não cabendo ao profissional responsabilidade por fatos omitidos ou falsos. Algum problema não previsto no questionário acima deve ser descrito antes do procedimento ao profissional. Descreva-o aqui:

**Autorizo que sejam feitas fotos ou filmagem do trabalho antes e depois, para efeito de documentação e divulgação do trabalho, sei que este material pode vir a ser divulgado em congressos, simpósios ou redes sociais.**

**SERVIÇO REALIZADO**

( )Coloração ( )Henna ( )Depilação com pinça ( ) Depilação com linha

Teste de alergia: ( ) Aprovado ( )Reprovado Tempo de pausa:

**DECLARAÇÃO DE SATISFAÇÃO**

Declaro que estou satisfeito (a) com o resultado obtido, que recebi informações referentes aos cuidados de manutenção das minhas sobrancelhas. Não tenho reclamações quanto ao atendimento procedido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Cliente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Aluno (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Instrutor(a)

**AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO A MENOR**

Eu \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, emitido por \_\_\_\_\_, em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, declaro na qualidade de \_\_\_\_\_ (pai/mãe ou tutor legal) que para todos os efeitos legais autorizo o (a) menor \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, emitido por \_\_\_\_\_, em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, a ser atendido(a) por alunos que estão em processo de aprendizado supervisionados por um instrutor, na Franquia \_\_\_\_\_ do Instituto Ana Hickmann.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Aluno (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Instrutor(a)

