

NOME: CPF: Nº CL:

DATA: / /20 ÁREAS:

Desde a sua última sessão até o dia de hoje, assinale as alternativas que se enquadram ao seu caso:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Usou medicamento/suplemento alimentar _____ | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Fez cirurgia _____ |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Teve exposição aos raios UV _____ | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Usou produtos para a pele _____ |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Fez tratamentos cosméticos/estéticos _____ | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Utilizou algum método de depilação _____ |

EFEITOS OBSERVADOS: Afinamento dos pelos Retardamento do crescimento Presença de falhas

OBSERVAÇÕES: _____

ASSINATURAS: _____

CLIENTE Confirmando as informações acima descritas.

RESPONSÁVEL (MENOR DE IDADE)

TÉCNICA

DATA: / /20 ÁREAS:

Desde a sua última sessão até o dia de hoje, assinale as alternativas que se enquadram ao seu caso:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Usou medicamento/suplemento alimentar _____ | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Fez cirurgia _____ |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Teve exposição aos raios UV _____ | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Usou produtos para a pele _____ |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Fez tratamentos cosméticos/estéticos _____ | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Utilizou algum método de depilação _____ |

EFEITOS OBSERVADOS: Afinamento dos pelos Retardamento do crescimento Presença de falhas

OBSERVAÇÕES: _____

ASSINATURAS: _____

CLIENTE Confirmando as informações acima descritas.

RESPONSÁVEL (MENOR DE IDADE)

TÉCNICA

DATA: / /20 ÁREAS:

Desde a sua última sessão até o dia de hoje, assinale as alternativas que se enquadram ao seu caso:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Usou medicamento/suplemento alimentar _____ | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Fez cirurgia _____ |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Teve exposição aos raios UV _____ | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Usou produtos para a pele _____ |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Fez tratamentos cosméticos/estéticos _____ | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Utilizou algum método de depilação _____ |

EFEITOS OBSERVADOS: Afinamento dos pelos Retardamento do crescimento Presença de falhas

OBSERVAÇÕES: _____

ASSINATURAS: _____

CLIENTE Confirmando as informações acima descritas.

RESPONSÁVEL (MENOR DE IDADE)

TÉCNICA

DATA: / /20 ÁREAS:

Desde a sua última sessão até o dia de hoje, assinale as alternativas que se enquadram ao seu caso:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Usou medicamento/suplemento alimentar _____ | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Fez cirurgia _____ |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Teve exposição aos raios UV _____ | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Usou produtos para a pele _____ |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Fez tratamentos cosméticos/estéticos _____ | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Utilizou algum método de depilação _____ |

EFEITOS OBSERVADOS: Afinamento dos pelos Retardamento do crescimento Presença de falhas

OBSERVAÇÕES: _____

ASSINATURAS: _____

CLIENTE Confirmando as informações acima descritas.

RESPONSÁVEL (MENOR DE IDADE)

TÉCNICA