

Nº DE CONTRATO:

DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nasc: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexo: (F) (M)  
 End: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Tel. Fixo: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Instagram: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Como conheceu a Não+Pelo? \_\_\_\_\_

TRATAMENTO

Áreas:

Depilação  Fotorejuvenescimento  Pro-Skin

- |  |  |   |   |   |  |  |
|--|--|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abdômen inf/  | <input type="checkbox"/> Bigode          | <input type="checkbox"/> Costas         | <input type="checkbox"/> Glúteo médio     | <input type="checkbox"/> Mamilos        | <input type="checkbox"/> Ombros          | <input type="checkbox"/> Posterior da coxa |
| <input type="checkbox"/> Abdômen sup/  | <input type="checkbox"/> Braços          | <input type="checkbox"/> Costeletas     | <input type="checkbox"/> Glúteos          | <input type="checkbox"/> Mãos           | <input type="checkbox"/> Orelhas         | <input type="checkbox"/> Queixo            |
| <input type="checkbox"/> Antebraços    | <input type="checkbox"/> Braços inteiros | <input type="checkbox"/> Coxa completa  | <input type="checkbox"/> Interior da coxa | <input type="checkbox"/> Maças do Rosto | <input type="checkbox"/> Pernas inteiras | <input type="checkbox"/> Testa             |
| <input type="checkbox"/> Axilas        | <input type="checkbox"/> Busto           | <input type="checkbox"/> Dorsal         | <input type="checkbox"/> Joelhos          | <input type="checkbox"/> Meia perna     | <input type="checkbox"/> Perianal        | <input type="checkbox"/> Tórax             |
| <input type="checkbox"/> Barba         | <input type="checkbox"/> Buço            | <input type="checkbox"/> Faixa de Barba | <input type="checkbox"/> Linha alba       | <input type="checkbox"/> Nariz          | <input type="checkbox"/> Pés             | <input type="checkbox"/> Virilha completa  |
| <input type="checkbox"/> Base do pênis | <input type="checkbox"/> Cavanhaque      | <input type="checkbox"/> Glabela        | <input type="checkbox"/> Lombar           | <input type="checkbox"/> Nuca           | <input type="checkbox"/> Pescoço         | <input type="checkbox"/> Outros _____      |

Esteve exposto(a) ao sol ou raios UVA/Bronzeamento artificial nas últimas 48 horas?  Sim  Não

Por favor, assinale as opções que se aplicam ao seu histórico:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Está grávida ou amamentando      | <input type="checkbox"/> Acne                                | <input type="checkbox"/> Tatuagens ou micropigmentação       |
| <input type="checkbox"/> Psoríase / Vitiligo              | <input type="checkbox"/> Dermatite / Dermatomiosite          | <input type="checkbox"/> Câncer de pele / Melanoma           |
| <input type="checkbox"/> Quelóides                        | <input type="checkbox"/> Queimadura / Enxerto cutâneo        | <input type="checkbox"/> Câncer (radioterapia/quimioterapia) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia / Hemofilia            | <input type="checkbox"/> Terapia esteróide ou hormonal       | <input type="checkbox"/> Doença renal                        |
| <input type="checkbox"/> Cicatrizes                       | <input type="checkbox"/> Hemangioma                          | <input type="checkbox"/> Desequilíbrio hormonal              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes insulino-dependente     | <input type="checkbox"/> Neuropatia diabética                | <input type="checkbox"/> Ovário policístico                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes não insulino-dependente | <input type="checkbox"/> Pigmentação cutânea / Pintas        | <input type="checkbox"/> Doenças oculares                    |
| <input type="checkbox"/> Lúpus                            | <input type="checkbox"/> Hirsutismo / Hipertricose           | <input type="checkbox"/> Tireóide - Qual? _____              |
| <input type="checkbox"/> Dependente químico               | <input type="checkbox"/> Outra Patologia? Especificar: _____ |  |

HISTÓRICO ATUAL

- |   |   |                    |
|---|---|--------------------|
| Está em tratamento médico, estético ou cosmético?   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Pratica atividade física?   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Faz uso de suplemento?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Realizou tratamentos de luz pulsada ou depilação a laser?   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Usou/usa ácido Glicólico, retinóico ou outros na área a tratar?   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Realizou ou pretende realizar tratamento de rugas de explicação com toxina botulínica (botox) ou materiais de preenchimento (ácido hialurônico) durante o tratamento? | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Usou ou usa Roacutan (Isotretinoína) ou medicamento similar?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Usa algum produto para a pele?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Tem algum implante ou fio metálico na área a tratar?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Tem tatuagem ou maquiagem definitiva na área a tratar?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Tem intenção de fazer tatuagem na área a ser depilada?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Submeteu-se alguma vez a tratamento endócrino?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Tem problema de sensibilidade cutânea ou alguma alergia?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Submeteu-se a alguma cirurgia nos últimos 3 meses?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| É portador de alguma doença transmissível?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |
| Utilizou algum medicamento nos últimos 30 dias?   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ESPECIFIQUE: _____ |

Como a sua pele reage quando você se expõe ao sol?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> A pele fica bronzeada        | A vermelhidão perdura por mais de um dia?    | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> A pele apresenta vermelhidão | Após a vermelhidão, sua pele fica bronzeada? | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |

Caso necessite detalhar/especificar melhor algum item, favor escrever no verso da folha.

Confirmando ter respondido ao presente questionário com total sinceridade:

Legenda:  S SIM  N NÃO