FICHA DO CLIENTE

Nome Completo: _____ Gênero: (F) (M) (NI) Não indentificável

Código: _____ Nome social: _____

End: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cel: _____ Cidade: _____ UF: _____

Data de Nasc: __/__/__ CPF: _____ Email: _____

Profissão: _____ Como conheceu a Não+Pelo?: _____

Áreas de Interesse:

☐ Barba Completa	☐ Maxilar	☐ Abdômen/Barriga	☐ Costas Inteiras	☐ Anterior de Coxa	☐ Pernas Inteiras
☐ Buço/Bigode	☐ Mento /Queixo	☐ Antebraços	☐ Entre Seios	☐ Base do Pênis	☐ Pés e Dedos
☐ Cabeça	☐ Nariz	☐ Aréolas	☐ Linha Alba	☐ Coxas Completas	☐ Posterior de Coxa
☐ Cavanhaque	☐ Nuca	☐ Axilas	☐ Lombar	☐ Faixa da Coxa	☐ Glúteos
☐ Faces Laterais/ Costeletas	☐ Orelha	☐ Braços	☐ Mãos e Dedos	☐ Interno de Coxa	☐ InterGlúteos
☐ Faixa de Barba	☐ Pescoço	☐ Braços Inteiros	☐ Ombros	☐ Joelhos	☐ Perianal
☐ Glabela	☐ Testa	☐ Costas	☐ Seios	☐ Lateral de Coxa	☐ Virilha Biquíni
	☐ Rosto Inteiro		☐ Tórax	☐ Meia Perna	☐ Virilha Completa

Responda as perguntas abaixo:

Está grávida ou suspeita de gravidez? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Possui alguma doença auto imune? ☐ Sim ☐ Não
(Psoríase, Vitiligo, Lúpus, Liquen Plano, etc) Especifique:

Possui cicatriz hipertrófica ou queloide? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Tem diabetes e qual o tipo? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Possui alguma doença de pele ou câncer de pele? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Possui cicatriz de queimadura ou enxerto? Em qual região do corpo? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Faz uso de anabolizante e ou suplementação alimentar? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Possui alteração de coagulação sanguínea? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Possui tatuagem ou micro pigmentação? Em qual região do corpo? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Possui histórico de epilepsia ou convulsão? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Faz uso de medicação anti convulsiva? Qual medicação? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Está em tratamento ou já teve câncer? Há quanto tempo ? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Já fez/faz quimioterapia, radioterapia ou imunoterapia? ☐ Sim ☐ Não
Quando foi a última sessão?
Especifique:

Possui diagnósticos de Hirsutismo ou hipertricose? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Possui ovário policístico? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Possui alguma doença renal? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Possui alguma doença ou disfunção hormonal ou na tireóide? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Faz/Fez uso de Isotretinoína (Roacutan)?Qual a data do término do uso? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Possui algum tipo de alergia de pele, foliculite ou outras? Qual? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Submeteu-se a alguma cirurgia nos últimos 6 meses? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Fez aplicação de botox e ou preenchimento nos últimos 15 dias? Especifique a área. ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Tem algum implante ou fio metálica na área a ser tratada? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Usou ou usa ácido na área a ser tratada? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Quais métodos de depilação você já utilizou? (incluir cera, lâmina, laser, luz pulsada, creme depilatório, outros (especifique) ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Possui IST (Infecção Sexualmente Transmissível)? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Pratica atividade física? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Está em tratamento médico ou estético? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Possui algum tipo de doença ocular? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Faz/fez bronzeamento artificial (Câmara de bronzeamento, jet bronze, laje, bronzeamento com uso de aceleradores)? ☐ Sim ☐ Não
Qual a data da última sessão?
Especifique:

Teve exposição solar há menos de 48 horas? ☐ Sim ☐ Não
Especifique:

Observação

Local, Data

Assinatura do Cliente