

# FICHA DE CADASTRO



THALITA ABREU

ESTÉTICA E LASH DESIGN

Nome: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

## FALE SOBRE SUA SAÚDE:

Usa lentes de contato ( )Sim ( )Não  
Lactante.....( )Sim ( )Não  
Quimioterapia..... ( )Sim ( )Não  
Terçol ..... ( )Sim ( )Não  
Conjuntivite ..... ( )Sim ( )Não

Blefarite ..... ( )Sim ( )Não  
Gestante..... ( )Sim ( )Não Semanas: \_\_\_\_\_  
Tem Alergim ( )Sim ( )Não  
Quais: \_\_\_\_\_



## MAPPING DOS CÍLIOS

Estilo: \_\_\_\_\_  
Tamanho: \_\_\_\_\_  
Curvatura: \_\_\_\_\_  
Espessura: \_\_\_\_\_

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Comprometo-me a seguir todas as orientações pós procedimento em ambiente domiciliar, garantido assim a maior durabilidade dos cílios. Estou ciente de que os valores as manutenções podem variar de acordo com o tempo e número de fios que caíram.

Para o valor da manutenção de 20 dias, é necessário que a cliente tenha conservado no mínimo 50% das extensões. Para o valor da manutenção de 20 a 30 dias, é necessário que a cliente tenha conservado no mínimo 30% das extensões. Caso contrário será cobrado valor adicional. Estou ciente também que após 30 dias não há manutenção, somente reaplicação.

Caso haja algum desconforto/complicação, me comprometo a procurar imediatamente um médico de minha confiança ou o Pronto Atendimento.

Autorizo o uso de fotos para divulgação do trabalho.

As informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional responsabilidade por informações omitidas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local e Data