



FICHA DE ANAMNESE

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Data Nasc: _____
Endereço: _____ CEP: _____
TEL: _____ CEL: _____

Caso apresente algum dos problemas relacionados abaixo não me submeterei aos métodos utilizados na micropigmentação			
Alergia	() sim () não	Dipirona, Henan, Tinta Cabelo...	
Anemia	() sim () não	Estou ciente que o procedimento durará menos tempo, sendo assim terei que retocar mais vezes	
Aspirina - anticoagulante (5 dias)	() sim () não	Depressão	() sim () não
Câncer	() sim () não	Período menstrual	() sim () não
Cardiopatia	() sim () não	Hepatite	() sim () não
Problemas Circulatórios	() sim () não	Marca-passo	() sim () não
Herpes	() sim () não	de	() sim () não
Hiv+	() sim () não	Glaucoma	() sim () não
Queloides	() sim () não	Grávida ou lactante	() sim () não
Fumante	() sim () não	Hipertensão	() sim () não
Característica da Pele	Oleosa () seca () mista ()		
Existe algum problema que julgue ser necessário informar ao dermo-pigmentador antes de submeter-se ao procedimento. Se houver, relate abaixo:			() sim () não
Cor do Pigmento Usado:		Técnica Utilizada:	
Agulha Usada:		Data do Procedimento:	
Algum produto injetado na região a ser micropigmentada nos últimos meses?			() sim () não
Fez cirurgia plástica no local a ser micropigmentado a menos de um ano?			() sim () não
Faz uso de algum medicamento contínuo?			() sim () não
Se sua resposta foi "sim" informe o nome do medicamento:			

Declaro como verdadeiras as informações acima e Independente de serem positivas ou negativas confirmo eu desejo de realizar o procedimento de micropigmentação. O procedimento e todas as informações relativas ao mesmo me foram esclarecidas e estou ciente das minhas condições psicológicas e de saúde, ficando assim o profissional e estabelecimentos isentos de qualquer responsabilidade quanto a reações que eu venha porventura apresentar. Não me enquadrando na lista de clientes de risco, e não apresenta nenhuma doença infectocontagiosa, não apresenta habilidade imuno imunológico, nem sou dependente de álcool drogas. Assumo responsabilidade nos procedimentos pós micropigmentação pois afirmo que seguirei as informações a mim passadas. Ao iniciar o procedimento o profissional assume o compromisso de informar o mostrar os produtos, pigmentos e materiais descartáveis que foram selecionados para o procedimento. Estou ciente que deverei retocar a micropigmentação com 30 (trinta) dias e que o valor cobrado será acordado na data do procedimento. Após 3 (três) meses será cobrado o valor normal para refazer a micropigmentação. Declaro estar ciente que a agulha que irá realizar o procedimento é descartável.

Data/Local: _____

Assinatura do cliente

Assinatura Micropigmentador

