

FICHA DE ANAMNESE ESTÉTICA

Profissional: _____, CPF/CNPJ nº _____
_____. Cliente: _____, CPF nº _____
_____ — _____.

Histórico de saúde

Medicamentos e tratamentos

Hábitos

Procedimento pretendido

DECLARO que as informações acima são verdadeiras e completas, que não omiti condição de saúde relevante e que comunicarei qualquer alteração antes de novos atendimentos. Estou ciente de que estes dados de saúde serão tratados exclusivamente para a segurança e a adequação dos procedimentos, com acesso restrito, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados.

_____, _____.

_____ — Cliente

_____ — Profissional