**AVALIAÇÃO - MICROPIGMENTAÇÃO DÉRMICA**

Nome: Telefone (Whats App):

Endereço: E-mail:

Cidade: Data de Nascimento

CPF: Profissão:   
RG:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cor da Pele: | Morena Clara ( ) | Branca ( ) | Parda ( ) | Negro ( ) | Jambo ( ) | Branca Loira ( ) |
| Cor dos Olhos: | Verde ( ) | Azuis ( ) | Castanho Claro ( ) | Castanho Escuro ( ) |  |  |
| Cor do Cabelo: | Preto ( ) | Castanho Claro ( ) | Castanho Escuro ( ) | Ruivo ( ) | Loiro ( ) |  |
| Micropigmentação: | Sobrancelhas ( ) | Olhos ( ) | Boca ( ) |  |  |  |
| Tipos de Pele: | Fria ( ) | Quente ( ) |  |  |  |  |
| Correção de Sobrancelhas: | Azul ( ) | Cinza ( ) | Vermelha ( ) | Chumbo ( ) |  |  |
| Formato do desenho é coerente ao formato do rosto, caso seja correção: | Sim ( ) | Não ( ) |  |  |  |  |
| Cor Utilizada na micropigmentação: |  |  |  |  |  |  |
| Cor utilizada na correção: |  |  |  |  |  |  |
| Produto utilizado na correção: |  |  |  |  |  |  |
| Caso seja correção: | Qual o produto utilizado? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Foi informado ( ) | Não informado( ) |  |  |
| Data do Procedimento: |  |  |  |  |  |  |
| Cor Utilizada: | Marron Escuro ( ) | Marron Claro ( ) | Preto ( ) | Marrom Médio ( ) |  |  |

Durante os últimos dois (02) anos recebeu algum tratamento médico? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em que especialidade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já esteve hospitalizado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quanto tempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Porque? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toma medicamentos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem alergia a algum medicamento ou anestésicos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já Fez cirurgias? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Utiliza ácidos na pele? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expõe ao sol? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Costuma sangrar muito quando se machuca? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Demora a cicatrizar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você fuma? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toma bebidas alcoólicas frequentemente? \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Costuma sentir tontura ou ter desmaios? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem ou teve algumas das doenças abaixo:

Problemas Cardíacos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pressão Alta:\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Anemia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hepatite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Epilepsia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Febre Reumática \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Icterícia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Reumatismo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Problemas nervosos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problemas hepáticos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Renal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Respiratório \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tuberculose\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Depressão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HIV\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem fobia ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problemas Alimentares?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Está Grávida?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quanto tempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta menstruada? Sim\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direito a um retoque de 30 a 40 dias a partir da data da micropigmentação. Caso faça com outro profissional dentro deste prazo perderá o direito do retoque. O processo de eliminação do pigmento é natural, parcial ou total, por isso existe a necessidade do retoque. O retoque não poderá ser realizado no prazo inferior a 30 dias, pois neste período a pele estará passando por um processo de reparo tecidual, decorrente da técnica empregada. A fixação do pigmento depende tanto de fatores relacionados com condições inerentes ao organismo( Patologias,tais com diabetes, colesterol elevado, herpes) como também a fatores de ordem externa ( cremes anti-idades, ácidos, peelings, exposição ao sol e poeiras,pomadas que contenham ativos anti-inflamatórios e antifúngicos).

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras.

São José dos Campos\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de20\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Cliente

**CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO DE MICROPIGMENTAÇÃO OU DERMODESPIGMENTAÇÃO.**

**Obs.:** lavar bem as mãos antes de limpar o local pigmentado!!

**Primeiros 4 dias**

1. Ressecamento e coceira no local são normais e melhoram com o tempo.
2. Laver suavemente a sobrancelha sem esfregar, com água e sabonete líquido antisséptico(**Protex** ou similar) 2 vezes ao dia. Secar delicadamente;
3. Não praticar atividades físicas. O suor contém sal e causa o desbotamento do pigmento;
4. Não retirar casquinhas que se formarem deixe cair sozinha;
5. Usar camada fina de **Bepantol Líquido,** **Dersani ou Nebacetin 3** vezes ao dia **SEMPRE COM COTONETE;**
6. Passar manteiga de cacau a noite antes de dormir;
7. Se houver edema e inchaço faça compressas com água gelada protegendo a área com filme plástico e uma gaze para não queimar;
8. Não comer **camarão e crustáceos.**

**Primeira Semana**

1. Usar camada fina de **Bepantol Líquido,** **Dersani ou Nebacetin 3** vezes ao dia **SEMPRE COM COTONETE;**
2. Evite ao máximo vapor, calor de secador, ducha quente e calor de forno;
3. Evite qualquer contato com cosméticos.

**Primeiro Mês**

1. Evite sauna, praia, sol excessivo e piscina;
2. Não usar abrasivos (cremes de esfoliações);
3. A cor após a escamação pode ficar indefinida por alguns dias, não se preocupe, aguarde no mínimo 30 dias para o pigmento reagir com seu tom de pele.

**Obs.:** Havendo a necessidade de retoque este poderá ser feito após 30 dias e já está incluso no valor.

Qualquer dúvida entre em contato para esclarecimentos.  
Alessandra - Equipe In Pulse – (12) 3923-6623 whatsApp – (12) 99651-4126  
[www.facebook.com.br/inpulsebrasil.com.br](http://www.facebook.com.br/inpulsebrasil.com.br) [www.inpulsebrasil.com.br](http://www.inpulsebrasil.com.br/)

Declaro que li todas os cuidados pós procedimento de Micropimentação e estou ciente que deverei seguir rigorosamente as recomendações passadas.

São José dos Campos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Cliente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_