



### Dados Pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Indicação: \_\_\_\_\_

Data Nasc.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Data De Cadastro: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Cel: \_\_\_\_\_

Fone Fixo: \_\_\_\_\_

### Análise Capilar:

Tipo Do Cabelo: ( ) Normal ( ) Oleoso ( ) Seco ( ) Misto

Comprimento: ( ) Curto ( ) Médio ( ) Longo

Curvatura: ( ) Liso ( ) Ondulado ( ) Crespo ( ) Muito Crespo

Densidade? ( ) Pouco ( ) Muito

Porosidade: ( ) Poroso ( ) Pouco Poroso ( ) Muito Poroso

Espessura/ Textura Do Fio De Cabelo: ( ) Fino ( ) Médio ( ) Grosso



Elasticidade: ( ) Boa ( ) Média ( )

Ausência Cor Natural:

Alisantes? ( ) Sim ( ) Não Se Sim, Quando? \_\_\_\_\_ Qual: ( )

Escova Definitiva ( ) Escova Progressiva ( ) Botox Capilar ( ) Outros

Permanentes? ( ) Sim ( ) Não Se Sim, Quando? \_\_\_\_\_

Descoloração: ( ) Mechas ( ) Luzes ( ) Californianas ( ) Ombre Hair Se Sim, Quando? \_\_\_\_\_

Histórico Médico/ Histórico Capilar:

-----

Produtos Utilizados, Cuidados Diários:

-----

**Diagnóstico Para Colorimetria:**

% Brancos:

Cor Natural:

Fundo De Clareamento:

Cor Cosmética:

Cor Desejada:

Cor Neutralizadora:



Cor Aplicada:

Técnica Utilizada: ( ) Mechas ( ) Ombre Hair ( ) Californiana ( ) Luzes  
( ) Reflexos ( ) Coloração Simples Descrição Do Processo:

**Diagnóstico Para Alisamentos/ Selagens/ Hidratações:**

% Brancos:

Cor Natural:

Técnica Utilizada: ( ) Escova Progressiva ( ) Escova Definitiva ( ) Botox Capilar ( )  
Plástica Capilar ( ) Exoplasia Capilar ( ) Cauterização ( ) Queratinização  
( ) Hidratação Descrição Do Processo:

-----

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura Do Responsável Pelo Processo:

-----