



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:
