



DRA.
ALEXANDRA GOULART
HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

NOME: _____

NASC: _____ IDADE: _____ CPF: _____

REGIÕES DE APLICAÇÃO

M. FRONTAL _____

M. PRÓCERO _____

M. CORRUGADOR (ESQ) _____

M. CORRUGADOR (DIR) _____

M. ORBI. DO OLHO (ESQ) _____

M. ORBI. DO OLHO (DIR) _____

M. NASAL _____

M. DEP. DO SEPTO NASAL _____

M. ORBICULAR DA BOCA _____

M. DEP. DO ÂNGULO DA BOCA _____

M. MENTONIANO _____

M. PLATISMA _____

TOTAL DE UNIDADES APLICADAS. _____

DADOS DO PRODUTO

DATA DILUIÇÃO: _____

VOLUME DILUIÇÃO: _____

N DO LOTE: _____

DATA DA APLICAÇÃO: _____

DATA RETOQUE 1: _____

QUANTIDADE RETOQUE 1: _____

PACIENTE: _____



Dra. Alexandra Goulart
Harmonização Orofacial | CRO SP 168717

☎ (11) 96489-5417

📷 @draalexandragoulart

✉ aleehsilverio@hotmail.com