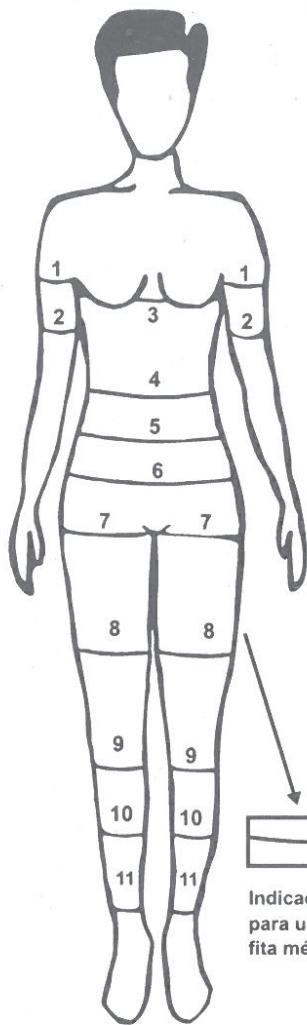




## Controle Biométrico

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ Data e Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |    |                | 1º        |   |   | 10º       |   |   |
|--|----|----------------|-----------|---|---|-----------|---|---|
|  |    |                | Data / /  |   |   | Data / /  |   |   |
|  |    |                | Aplicação |   |   | Aplicação |   |   |
|  |    |                |           | D | E |           | D | E |
|  | 1  | Região Axiliar | 1         |   |   | 1         |   |   |
|  | 2  | Meio do Braço  | 2         |   |   | 2         |   |   |
|  | 3  | Torax          | 3         |   |   | 3         |   |   |
|  | 4  | Cintura        | 4         |   |   | 4         |   |   |
|  | 5  | Abdômen        | 5         |   |   | 5         |   |   |
|  | 6  | Quadril        | 6         |   |   | 6         |   |   |
|  | 7  | Entre Coxa     | 7         |   |   | 7         |   |   |
|  | 8  | Coxa           | 8         |   |   | 8         |   |   |
|  | 9  | Joelho         | 9         |   |   | 9         |   |   |
|  | 10 | Panturrilha    | 10        |   |   | 10        |   |   |
|  | 11 | Tornozelo      | 11        |   |   | 11        |   |   |

Aplicação / Tratamento

Assinatura do Cliente

|    |          |  |
|----|----------|--|
| 1  | Data / / |  |
| 2  | Data / / |  |
| 3  | Data / / |  |
| 4  | Data / / |  |
| 5  | Data / / |  |
| 6  | Data / / |  |
| 7  | Data / / |  |
| 8  | Data / / |  |
| 9  | Data / / |  |
| 10 | Data / / |  |
| 11 | Data / / |  |

Indicação  
para uso de  
fita métrica