



Termo de responsabilidade

Dados Pessoais (Letra Legível)

VALOR R\$ _____

Nome _____
CPF Nº _____ Idade, _____
Endereço (Rua, Av.) _____ Nº _____.
Tel.: _____. E mail: _____

	Questionário			S	N
	S	N			
Diabetes	()	()	Doenças infecto-contagiosa	()	()
Epilepsia	()	()	Histórico de convulsões	()	()
Hemofilia(distúrbio de coagulação)	()	()	Problemas de cicatrização	()	()
Vitiligo	()	()	Reações alérgicas (corante etc.)	()	()
Marcapasso	()	()	Hipersensibilidade à química	()	()
Pressão (Hiper/Hipo)	()	()	Propensão a quelóide	()	()
Efeito ou dependência Álcool/Drogas	()	()			

Eu, acima identificado, declaro para os devidos fins que recebi do profissional abaixo qualificado, todas as informações referentes ao procedimento realizado, aos cuidados a serem tomados tanto antes quanto depois da realização do procedimento, tendo um prazo de 30 (trinta) dias para retoques e ou informar qualquer inconveniente. Verifico que os materiais utilizados são devidamente descartáveis e lacrados, como exigem as posturas legais regulamentares, bem como verifiquei que os materiais são descartados após procedimento.

Afirmo estar ciente de que a remoção posterior de tatuagem é um procedimento médico altamente complexo e custoso, autorizo a veiculação do trabalho executado através meio de comunicação. Por fim comprometo-me a seguir as instruções repassadas pelo profissional, a fim de que a cicatrização seja a melhor possível, estando ciente de que cada pessoa possui um tempo específico e próprio de reação e que se acaso eu não cumpra os cuidados como IR À PRAIA, PISCINA, COMER COISAS PROIBIDAS, USO DE CREMES INAPROPRIADOS E EXCESSO DE SOL, O RETOQUE SERÁ COBRADO!

O resultado final da tatuagem não depende apenas do tatuador, eu também devo seguir alguns procedimentos como não me mexer ou o mínimo possível, isso implica em evitar mexer no celular ou qualquer outra coisa que possa gerar movimento brusco, pois pode afetar o procedimento causando traços tortos e ou erros graves e permanentes. RETOQUE ACIMA DO PRAZO E PRINCIPALMENTE CASO TENHA UTILIZADO POMADA ANESTÉSICA O RETOQUE SERÁ COBRADO.

Sendo o acima indicado teor de verdade,
assino:

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Ass: _____