**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA MICROPIGMENTAÇÃO**

Eu **@nome**, abaixo especificado, portador da cédula de identidade RG **@rg** e inscrito no CPF sob n° **@cpf** declaro que estou em perfeitas condições físicas e mentais, pelo presente AUTORIZO O(A) **@usuario** a executar sobre o meu corpo a técnica de Micropigmentação, arte de tatuar sobrancelhas semi-permanentes, ou outras áreas faciais e corporais e também o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos.

Assumo plena responsabilidade pelo trabalho ora autorizado, e de minha livre e plena vontade declarar que isento qualquer responsabilidade civil ou criminal o (a) micropigmentador. Seja de ordem médica ou estética. Ficando ainda plenamente ciente de que o processo da arte na pele, ficará semi-permanente com duração entre 6 meses a um ano.

Declaro ainda, ser do meu conhecimento das técnicas a serem executadas, os materiais a serem utilizados, bem como fui informado, e tenho total ciência dos procedimentos e cuidados, que devem ser executados por mim durante o período recomendado pelo profissional, com a finalidade de evitar qualquer complicação médica no período de cicatrização do local.

Reconheço finalmente tratar-se o processo de arte na pele, como micropigmentação eminente ARTESANAL, e como tal, não comporta perfeição.

Forma de Pagamento: @pagamento

Doença pré-existente: @doenca

@localData

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Cliente Assinatura Micropigmentador(a)