

Hora inicial ____:____

Hora final ____:____



TATTOO & PIERCING

Termo de responsabilidade

Dados Pessoais (Letra Legível)

VLR R\$ _____ (____) PARCELAS

Eu, _____, portador da carteira de identidade Nº _____, idade, _____ Sexo ()M ()F, sito (Rua, Av.) _____ Nº _____.

Tel.: _____ E mail: _____

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

Eu, acima identificado, declaro para os devidos fins que recebi dos profissionais abaixo qualificados, todas as informações referentes ao procedimento utilizado, aos cuidados a serem dispensados tanto antes, quanto depois da realização do mesmo tendo um prazo de **30 (trinta) dias para retoques**. Verifico que os materiais utilizados são devidamente esterilizados 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 isentando-o de qualquer bônus e/ou ônus advindo da exposição da imagem e qualquer processo decorrente. 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.

- **TRABALHO AGENDADO SÓ MEDIANTE PAGAMENTO MÍNIMO DA LOJA, CASO DO NÃO COMPARECIMENTO SEM AVISO PRÉVIO O VALOR SERÁ RETIDO TITULO DE INDENIZAÇÃO.**
- **TRABALHOS POR SESSÃO SERÃO PAGOS MENSALMENTE, EM CASO CONTRÁRIO HAVERÁ ACRÉSCIMO DE 10% DO VALOR MAIS 1% AO MÊS.**
- **RETOQUE ACIMA DO PRAZO MENCIONADO SERÁ PAGO.**

TATUAGEM CABEÇA TRONCO MEMBRO HENNA
PIERCING LINGUA UMBIGO LABIOS CARTILAGENS
 OUTROS

Sendo o acima indicado teor de verdade, assino:

Rio, _____ de _____ de _____.

Ass: _____

Autorização: (Se menor de 18 anos)

Pai: _____ RG Nº: _____ CPF Nº _____
ass.

Mãe: _____ RG Nº: _____ CPF Nº _____
ass.

OBS: _____

Piercier/Tatuador

Alta Volta Tattoo e Piercing - situada a Rua Haddock Lobo 200 Loja J — Tijuca, Rio de Janeiro - RJ