

Formulário de consentimento

Cílios e sobrancelhas

Nome do negócio

DETALHES DO CLIENTE

Nome completo

Número de telefone

Email

Data de nascimento

CONFIRMO QUE

- ☐ Informei o técnico sobre condições oculares, alergias e lentes de contato.
- ☐ Um teste de alergia antes de tingir ou descolorir foi recomendado para mim.
- ☐ Mantereí meus olhos fechados durante o procedimento e avisarei se sentir algum desconforto.
- ☐ Recebi e entendi os conselhos de cuidados posteriores.

Concordo que fotos do resultado podem ser tiradas para meu registro: ☐ Sim ☐ Não

Concordo que o negócio mantenha as informações deste formulário para fornecer o serviço e pelo tempo exigido por lei. Posso solicitar ver, corrigir ou excluir meus dados a qualquer momento.

Assinatura do cliente

Assinatura do especialista

Data