

Formulário de consentimento

Cuidados com a pele e tratamentos faciais

Nome do negócio

DETALHES DO CLIENTE

Nome completo

Número de telefone

Email

Data de nascimento

CONFIRMO QUE

- ☐ Compartilhei informações precisas sobre minha saúde, medicação e pele.
- ☐ Entendo que vermelhidão ou sensibilidade podem aparecer após alguns tratamentos.
- ☐ Seguirei os conselhos de cuidados posteriores, incluindo proteção solar.

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