

Formulário de consentimento

Tatuagem e maquiagem permanente

Nome do negócio

DETALHES DO CLIENTE

Nome completo

Número de telefone

Email

Data de nascimento

CONFIRMO QUE

- ☐ Tenho idade legal para receber este procedimento no meu país.
- ☐ Informe-i o artista sobre condições de saúde, medicação e alergias.
- ☐ Entendo que o resultado é duradouro e que a remoção pode ser difícil.
- ☐ Entendo o processo de recuperação e seguirei 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