



Termo de Autorização para Piercing

Eu, abaixo identificado, declaro que no gozo pleno de minhas faculdades mentais e psíquicas, pelo presente e na melhor forma de direito, AUTORIZO O(A) TÉCNICO(A) a executar sobre meu corpo ou de meu filho(a) menor nascido, abaixo identificado, que em minha companhia reside e pelo qual sou inteiramente responsável, a **COLOCAÇÃO DE UM PIERCING**.

Assumo na qualidade de genitor do menor, plena responsabilidade pelo trabalho ora autorizado e de minha livre vontade declarar que isento de responsabilidade civil ou criminal o técnico (Piercer), sejam de ordem médica, estética ou ainda defeitos da própria inscrição, salvo aquelas decorrentes de imperícia técnica.

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

Responsável: _____

RG: _____ CPF: _____

Data Nasc.: _____ Est. Civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Cep: _____

Telefone: _____ Profissão: _____

E-mail: _____

Nome do Menor: _____

RG: _____ CPF: _____

Data Nasc.: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

Local de Colocação da Jóia: _____

Tipo da Jóia (Material, Tamanho): _____

Técnico (Piercer): _____ Data: _____

Tem problemas de cicatrização? _____ Pressão Sanguinea: _____ É diabético? _____

Tem problemas de desmaio? _____ É Hemofílico? _____

Já contraiu hepatite? _____ Qual tipo de hepatite? _____ Quando? _____

Tem ou teve anemia? _____ É epilético? _____

DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS AFIRMAÇÕES ACIMA DECLARADAS, ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE POR QUALQUER OMISSÃO OU ERRO NAS MESMAS.

IMPORTANTE: TRAZER XEROX DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE DO RESPONSÁVEL E DO MENOR.

Assinatura do Responsável

Assinatura do Menor

Assinatura do Técnico (Piercer)