



ACE OF SPADES

Termo e Autorização Piercing Tattoo

Nome: - RG:
Endereço: - Fone:
Cidade:

Autorizo meu(minha) filho(a):
Data nascimento: - Idade

Estou ciente de que este procedimento será feito sob condições próprias de assepsia, instrumentos e materiais descartáveis de mais alta qualidade.

Tenho conhecimento que infecção ou rejeição poderá ocorrer devido a falta de cuidados durante a cicatrização.

Consinto em me(o) submeter a realização de:

() Tatuagem - Local:
() Colocação de piercing - Local: - Jóia

Fui informado dos riscos dos procedimentos e das dificuldades de posterior remoção, bem como eventuais complicações que possam ocorrer.

Quantas tattoos e piercings você possui?

Tattoo: - Piercing:

Quais e quantos foram feitos aqui na Ace of Spades?

Tattoo: - Piercing:

E-mail:

() Autorizo postar fotos do meu procedimento na internet.

Caxias do Sul de de

Assinatura: