

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLOCAÇÃO DE PIERCING ADOLESCENTES ENTRE 16 E 18 ANOS

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome Completo: _____ CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: __/__/__ Telefone: _____ E-mail: _____

Qualidade:

Pai Mãe Responsável Legal

DADOS DO ADOLESCENTE

Nome Completo: _____ CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: __/__/__ Idade: _____ anos

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

Local do Piercing:

Orelha Nariz Sobancelha Lábio Língua Umbigo Mamilos

Outro: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, responsável legal acima identificado, autorizo a realização do procedimento de colocação de piercing no adolescente identificado neste documento.

Declaro que:

- Recebi informações claras sobre o procedimento.
- Fui informado(a) sobre os cuidados necessários durante a cicatrização.
- Compreendi os possíveis riscos e intercorrências, incluindo dor, inchaço, sangramento, alergias, rejeição da joia, migração e infecções.
- Informe corretamente eventuais condições de saúde, alergias e uso de medicamentos.
- Estou ciente de que o resultado depende do cumprimento adequado das orientações pós-procedimento.
- Autorizo a utilização de joia em titânio grau de implante, conforme protocolo adotado pelo estúdio.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

- Documento oficial do responsável legal
- Documento oficial do adolescente
- Documento comprobatório de guarda/tutela (quando aplicável)
- Autorização assinada digitalmente GOV.BR
- Reconhecimento de firma em cartório

DECLARAÇÃO FINAL

Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e assumo total responsabilidade pelas informações fornecidas neste documento.

Local: _____ Data: __/__/__

RESPONSÁVEL LEGAL

ADOLESCENTE

Assinatura

Assinatura

USO INTERNO DO ESTÚDIO

Data do Procedimento: __/__/__

Joia Utilizada: _____

Observações:
