

# Termo de Responsabilidade – BODY PIERCING



Obrigada por escolher a Butterfly para realizar o seu piercing!

Por favor, responda ao seguinte questionário:

	SIM	NÃO
Declaro que faço o piercing de livre vontade e que fui informado(a) de que ele iria ser realizado com todas as condições de higiene e segurança necessárias e de que os materiais usados estariam devidamente esterilizados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de alguma das seguintes doenças: Diabetes, hemofilia, falta de coagulação no sangue, hepatite, epilepsia, vírus HIV? Se respondeu sim, qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem algum dos seguintes problemas de pele: Fungos, herpes, eczema, psoríase, formação de colóide? Se respondeu sim, qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está a ser medicado com analgésicos ou anticoagulantes? Se respondeu sim, qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compromete-se a seguir todas as recomendações que lhe serão dadas sobre o tratamento e cuidados a ter após a realização do piercing, assumindo a responsabilidade do que possa advir do não cumprimento das mesmas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está grávida ou a amamentar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem algum problema de saúde que considere importante mencionar? Se respondeu sim, qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leu e compreendeu o documento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**A PREENCHER PELA BUTTERFLY:**

Local do Piercing:	
Piercing Usado:	
Material Usado:	
Produtos Limpeza / Cicatrização adquiridos:	
Observações:	