

TERMO DE RESPONSABILIDADE

CLIENTE:

Nome completo: _____

CPF ou RG: _____

Telefone com DD: () _____

DO(A) PROFISSIONAL OU NOME EMPRESARIAL:

Nome completo: _____ CPF ou RG: _____

Telefone com DD: () _____

Se houver, Nome fantasia/Razão Social: _____

CNPJ: _____

Eu, na condição de cliente, no tratamento feito com produtos da marca Christina, registrados pela empresa Navatrade, com o CNPJ 24.367.949/0001-92, sob gerência de vendas da marca Christina Cosméticos, pela empresa CHRISTINA BRASIL COSMETICOS A&K LTDA, inscrita no CNPJ nº 33.722.165/0001-26, ambas com sede no município de Joinville, estado de Santa Catarina, mostro que disponibilizei todas as informações sobre sensibilidade e hipersensibilidade (alergia) para o tratamento e conferi sobre a segurança deste com o profissional, como também sei dos riscos do tratamento em caso de não cumprimento dos cuidados após este e relativos a este tipo de tratamento.

Em especial, estes cuidados nos 7(sete) dias seguintes ao peeling Rose de Mer:

- Usar filtro ou bloqueador solar a cada 2 horas;
- Não realizar atividades físicas que causem transpiração excessiva durante os 5 a 7 dias após o peeling;
- Evitar tomar banhos muito quentes ou outro tipo de vapor como: ao cozinhar, abrir fornos, usar secador de cabelo e saunas;
- Não se expor ao sol;
- Não usar produtos cosméticos que contenham ácidos e Vitamina C;
- Usar kit home care do peeling rose de mer ou pelo menos sabonete neutro pela manhã;
- Não pintar os cabelos;
- Não fazer nenhum tipo de depilação facial;
- Beber bastante água;
- Não usar capacetes.

Declaro que estou ciente e que a omissão destas informações, cuidados e riscos são de minha inteira responsabilidade.

_____, de _____ de 20_ .

Cliente

Profissional responsável