

Ficha de Anamnese Para Tatuagem

Horário de atendimento no balcão: ____:____ hrs

_____, ____ de ____ de 20__

CONTATO

Nome completo:

RG:

CPF:

Data de nasc.: ____/____/____

Local de nasc.:

Endereço:

Nº:

Compl:

CEP: _____ - _____

Bairro:

Cidade:

Telefone: ()

Celular: ()

E-mail:

SOBRE VOCÊ

Sexo: () M () F

Sua altura: _____, _____ m

Seu peso: _____ kg

SOBRE SUA SAÚDE

Sofre de alguma alergia? Se sim, quais?

Possui algum problema de pele/cicatrização?

Já fez cirurgia?

Possui Diabetes?

Possui alguma DST?

Possui Epilepsia?

Portador de Hepatites?

Problema cardíaco ou circulatório?

Tem câncer ou algum caso na família?

É gestante?

Está fazendo uso de medicamento?

Tipo sanguíneo: () A () B () AB () O

Fez/faz uso de drogas?

Se alimentou bem hoje? Está hidratado?

**Declaro as informações acima verídicas e
estou ciente dos riscos e autorizo o artista
a realizar o trabalho:**

Assinatura
