

Formulário de Consentimento e Renúncia de Serviços de Coloração e Tratamentos Químicos Capilares

Consentimento e renúncia de responsabilidade para coloração capilar, descoloração, ondulação permanente, alisadores e outros tratamentos químicos capilares

Informações do Cliente

Primeiro Nome *

Sobrenome *

Endereço de Email *

Número de Telefone *

Data de Nascimento *

DD / MM / AAAA

Detalhes do Serviço

Serviço(s) Solicitado(s) *

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Coloração Única | ☐ Mechas / Tons Baixos | ☐ Balayage / Ombré |
| ☐ Descoloração / Clareamento | ☐ Correção de Cor | ☐ Tonalizador / Brilho |
| ☐ Ondulação Permanente | ☐ Alisador / Alisamento | ☐ Tratamento com Queratina |
| ☐ Outro | | |

Resultado Desejado / Descrição de Referência *

Histórico Capilar

Cor Natural dos Cabelos *

Cor Atual dos Cabelos (se diferente)

Serviços químicos nos últimos 12 meses:

- | | |
|---|---|
| ☐ Coloração ou tinta capilar | ☐ Descoloração ou clareador |
| ☐ Ondulação permanente | ☐ Alisador ou alisamento químico |
| ☐ Tratamento com queratina ou alisamento | ☐ Hena ou tinta metálica |
| ☐ Tinta em caixa / caseira | ☐ Nenhum |

Você JÁ usou hena ou tinta capilar à base metálica? *

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho certeza

Importante: Hena e tinturas à base metálica podem reagir perigosamente com coloração profissional, descoloração ou ondulação permanente. Se você já usou esses produtos, informe seu cabeleireiro imediatamente. Um teste de mechas pode ser necessário.

Condição atual dos cabelos *

- ☐ Saudável — dano mínimo
☐ Ligeiramente danificado — alguma secura ou pontas duplas
☐ Moderadamente danificado — quebra visível
☐ Severamente danificado — muito seco, quebradiço ou quebrando

Avaliação de Alergias

Serviços químicos capilares usam produtos que podem causar reações alérgicas em alguns indivíduos. Um teste de alergia 48 horas antes do serviço é recomendado, especialmente para clientes pela primeira vez.

Você tem alguma alergia conhecida a tinta capilar, descoloração ou produtos químicos? *

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho certeza

Se sim, descreva a reação

Você atualmente tem algum dos seguintes?

- ☐ Cortes ou abrasões no couro cabeludo ☐ Psoríase ou dermatite do couro cabeludo
☐ Sensibilidade do couro cabeludo ☐ Alopecia ou perda de cabelo
☐ Nenhum dos anteriores

Preferência de teste de alergia *

- ☐ Fiz um teste de alergia e não tive reação
☐ Declino um teste de alergia e aceito o risco
☐ Gostaria de agendar um teste de alergia antes minha consulta

Consentimento e Renúncia

Reconhecimentos:

1. Entendo que os resultados de serviços químicos capilares dependem de muitos fatores, incluindo histórico capilar, condição atual e características naturais do cabelo, e que resultados exatos não podem ser garantidos.
2. Correção de cor e clareamento significativo podem exigir múltiplas sessões.
3. Entendo que serviços químicos apresentam riscos, incluindo mas não limitado a: reação alérgica, irritação ou queimaduras do couro cabeludo, dano capilar, quebra ou resultados de cor não intencionais.
4. Se meu cabeleireiro determinar que o serviço solicitado pode causar dano excessivo ao meu cabelo, ele pode recomendar uma abordagem alternativa. Entendo e apoio esse julgamento profissional.
5. Revelei todos os tratamentos químicos anteriores honestamente, incluindo produtos caseiros.
6. Libero o salão e o cabeleireiro de responsabilidade por qualquer reação adversa ou resultado não intencional.

Confirmando que forneci informações precisas sobre meu histórico capilar e entendo que os resultados não podem ser garantidos. Aceito os riscos associados aos serviços químicos capilares.

Li e concordo com o acima: _____

Consentimento e Assinatura

Consinto com o serviço de coloração/químico capilar descrito acima. Fui informado sobre os riscos e alternativas. Divulguei todo o histórico capilar e informações de saúde relevantes. Libero o salão de responsabilidade por reações ou resultados afetados por informações não divulgadas.

Confirmando que li e compreendi as informações acima e dou meu consentimento informado.

Li e entendo as informações acima: _____

Assinatura

Data

Nome completo

Data *

DD / MM / AAAA

Este formulário foi fornecido gratuitamente pela Consentify

O Consentify transforma formulários como este em consentimento digital que seus clientes assinam em seus próprios telefones por código QR — com PDFs automáticos, sinalizadores de contraindicações e armazenamento criptografado. Plano gratuito disponível em <https://getconsentify.com>.

Apenas um modelo. Revise com seu próprio profissional licenciado ou assessor jurídico antes de usar; os requisitos variam de acordo com a jurisdição e a prática.