



FORMULÁRIO – ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA CORTE CAPILAR E PELOS FACIAIS**

Código: F.HEC.962

Versão: 00

Elaboração: 05/06/2023

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA CORTE CAPILAR E PELOS FACIAIS**

Eu \_\_\_\_\_,  
portador (a) do CPF \_\_\_\_\_ e RG \_\_\_\_\_,

Solicito:

cuta capilar [ ] / cuta de pelos faciais [ ] do(a) paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Declaro que sou responsável pelo (a) paciente e autorizo o  
procedimento. Tenho ciência que o mesmo não visa estética, e sim a preservação da integridade,  
dignidade e respeito, bem como assegura a assistência prestada, mitigando os riscos de contaminação  
e expansão de agentes biológicos.

**Nome completo e assinatura:** \_\_\_\_\_

**Grau de parentesco:** \_\_\_\_\_

Vitória \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Colaborador responsável pela aplicação do termo:**

Nome / assinatura: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_