

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO DE ÁCIDOS ESTÉTICOS

Eu _____ (NOME DO CLIENTE), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente e estar ciente sobre os benefícios, riscos, indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e advertências gerais, relacionados ao tratamento cosmético com aplicação de ácido estético.

Os termos técnicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas por _____ (NOME DO ESTETICISTA), que é o profissional que conduzirá todo o tratamento estético.

Estou ciente de que aplicações de ácidos estético na pele podem promover sensibilidade durante 1-7 dias depois da aplicação, sendo que descamação leve à moderada. Estou ciente ainda que possa ocorrer formação frost, uma reação de precipitação do ácido com as proteínas da pele. Após alguns dias, a região onde ocorre o frost pode ficar escurecida e formar crostas, essas crostas não devem ser retiradas, pois costumam cair naturalmente após 7 – 10 dias, e a pele que aparece por baixo da crosta é uma pele renovada.

Comprometo-me a seguir corretamente todas as orientações e a fazer uso dos produtos da minha prescrição domiciliar respeitando os horários, quantidade e prazo para utilização dos mesmos, isentando neste ato os profissionais de estética envolvidos de qualquer culpa, caso o tratamento não dê certo por minha culpa exclusiva em caso de uso incorreto, pois tenho ciência de que esta obrigação de resultado está subordinada ao meu comportamento e disciplina durante e após o tratamento estético.

Concordo espontaneamente em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes de indisciplina ou omissão de intolerância particular de minha pele às substâncias contidas nos produtos e que neste momento me foram informadas.

Estou ciente que posso suspender este tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique em qualquer forma de constrangimento entre eu e meu/minha esteticista, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias relacionadas com sua categoria profissional. Assim, o faço por livre e espontânea vontade.

_____, ____ de _____ 20____

Nome do Paciente: _____

R.G. do paciente: _____ Sexo do paciente: () Masculino () Feminino Idade do Paciente: _____

Endereço do paciente: _____

Complemento: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____

Assinatura do paciente ou responsável legal

Profissional responsável: _____ Nº credencial: _____

Endereço da clínica: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: (____) _____

 TULÍPIA

Assinatura do esteticista