

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO MERAMENTE ESTETICO

Eu _____(nome do(a) paciente), abaixo identificado (a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente e ciente sobre todos os benefícios, os riscos, as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e advertências gerais, relacionados ao tratamento de _____

Os termos técnicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas por _____(nome do esteticista), que é o profissional que conduzirá todo o processo.

Comprometo-me a seguir todas as orientações e a fazer uso de todos os produtos contidos em minha prescrição domiciliar, respeitando os horários indicados de utilização, isentando neste ato os profissionais de estética envolvidos no procedimento, nas hipóteses de minha culpa exclusiva. Registro também, que neste ato, recebi por escrito (doc. anexo), todas as instruções pós-evento que devo seguir em continuidade ao tratamento, bem como tenho ciência de que esta obrigação de resultado está subordinada ao meu comportamento e disciplina após o tratamento estético.

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

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 e por decisão conjunta minha e de meu/minha esteticista.

Nome do Paciente: _____

R.G. do paciente: _____

Sexo do paciente: () Masculino () Feminino Idade do Paciente: _____

Endereço do paciente: _____

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

Responsável legal: _____

R.G. do responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal

Profissional responsável: _____

Nº credencial: _____

Endereço da clínica: _____

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

Assinatura e carimbo do profissional

Data: ____/____/____