

Termo de consentimento para procedimento estético

Data: ____/____/____

CLIENTE

Nome completo _____ CPF _____
Data de nascimento _____ Telefone _____

PROCEDIMENTO

Procedimento _____ Número de sessões previstas _____
Profissional responsável _____ Intervalo entre sessões _____

DECLARO QUE

1. Recebi explicação clara sobre o procedimento, como ele é feito, quantas sessões são indicadas e os cuidados antes e depois.
2. Fui informada de que o resultado varia de pessoa para pessoa e depende também dos cuidados em casa, e que não há garantia de resultado específico.
3. Fui informada sobre possíveis reações, como vermelhidão, sensibilidade, inchaço ou descamação, e sobre o que fazer se elas acontecerem:

Reações e orientações informadas _____

4. As informações de saúde que prestei na ficha de anamnese são verdadeiras e completas, e vou avisar a profissional se algo mudar (medicamentos, gestação, novos procedimentos).
 5. Posso fazer perguntas a qualquer momento e desistir do procedimento antes de ele começar.
 6. ☐ Autorizo o uso dos meus dados pessoais e de saúde exclusivamente para a realização e o acompanhamento dos meus atendimentos, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).
- Fotos de antes e depois para divulgação dependem de autorização separada (termo de uso de imagem).

Assinatura da cliente

Assinatura da profissional

Se a cliente for menor de idade, assinatura do responsável legal: _____ CPF: _____
