

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O PROCEDIMENTO DE CAMUFLAGEM DE ESTRIAS, CICATRIZES E OLHEIRAS

Nome do Cliente: _____

CPF: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

1. Descrição do Procedimento:

A Camuflagem de Estrias, Cicatrizes e Olheiras é um procedimento estético que utiliza técnicas de pigmentação para disfarçar marcas na pele, buscando uniformizar a coloração e proporcionar um resultado mais harmônico. O procedimento não tem caráter médico ou terapêutico e não substitui tratamentos dermatológicos.

2. Esclarecimento sobre o Procedimento:

O procedimento não remove estrias, cicatrizes ou olheiras, mas as disfarça através de pigmentação específica.

O resultado pode variar conforme o tipo de pele, a extensão das áreas tratadas, cuidados pós-procedimento e hábitos do cliente.

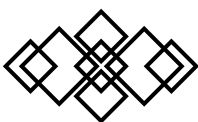
O efeito do procedimento pode durar até 12 meses, sendo necessário renovar após esse período para manter os resultados.

3. Responsabilidade do Cliente:

Informar qualquer alergia, condição médica ou tratamento dermatológico em curso.

Seguir rigorosamente as orientações fornecidas pelo profissional antes, durante e após o procedimento.

Realizar a manutenção recomendada após um ano, ciente de que o valor do procedimento só será válido por 12 meses e estará sujeito a reajustes após esse período.



4. Limitações e Riscos:

O cliente está ciente de que o procedimento pode causar desconforto, vermelhidão ou leve inchaço temporário.

Existe a possibilidade de não obtenção do resultado desejado devido a fatores individuais, como resposta da pele e cuidados inadequados.

Reações adversas, como alergias, são raras, mas possíveis, e serão tratadas conforme orientação médica.

5. Valor e Prazo de Validade:

O cliente declara estar ciente de que o valor do procedimento cobre exclusivamente a execução inicial e retoques previstos dentro de 12 meses. Após esse período, será necessário renovar o procedimento, sujeito a novos valores.

6. Declaração do Cliente:

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado(a) sobre o procedimento de Camuflagem de Estrias, Cicatrizes e Olheiras, seus objetivos, riscos, limitações, e cuidados necessários. Estou ciente de que o efeito dura até 12 meses e aceito renovar o procedimento após esse prazo, se desejado.

Estou ciente de que os resultados podem variar e aceito a realização do procedimento por livre e espontânea vontade.

Local e Data: _____

Assinatura do Cliente: _____

Assinatura do Profissional: _____

Observações Adicionais:

Contato do Profissional:

Nome: _____

Telefone: _____

