

ESTÚDIO: _____

Termo de consentimento para procedimento estético corporal

Modelo para imprimir e preencher à mão

Cliente: _____
Nascimento: _____
CPF: _____
Telefone: _____
Responsável legal (se menor): _____

ANAMNESE

Você tem alguma alergia? (látex, metais, pigmentos, anestésicos, medicamentos)

[] Sim [] Não Qual? _____

Usa algum medicamento contínuo? Qual?

[] Sim [] Não Qual? _____

Usa anticoagulante ou aspirina com frequência?

[] Sim [] Não

Tem diabetes?

[] Sim [] Não

Tem hipertensão?

[] Sim [] Não

Tem problema cardíaco ou marca-passo?

[] Sim [] Não

Tem epilepsia?

[] Sim [] Não

Tem hepatite, HIV ou outra condição transmissível pelo sangue?

[] Sim [] Não

Tem tendência a quelóide ou cicatrização difícil?

[] Sim [] Não

Está grávida ou amamentando?

[] Sim [] Não

Consumiu álcool ou drogas nas últimas 24 horas?

[] Sim [] Não

Está em jejum há mais de 4 horas?

[] Sim [] Não

Tem alguma lesão, infecção ou doença de pele na região?

[] Sim [] Não Qual? _____

Procedimento a realizar

Fez cirurgia nos últimos 6 meses?

[] Sim [] Não Qual? _____

Tem varizes graves ou já teve trombose?

[] Sim [] Não

Tem prótese ou implante na região?

[] Sim [] Não Qual? _____

TERMO DE CONSENTIMENTO

1. Estou ciente de que procedimentos estéticos corporais podem causar vermelhidão, hematomas, dor, sensibilidade, edema e, dependendo da técnica, pequenas queimaduras ou irregularidades temporárias.

2. Entendo que o resultado depende de alimentação, atividade física, hidratação e continuidade do tratamento, e que o profissional não garante medidas ou resultado específico.
3. Fui informado das contraindicações: gravidez, cirurgia recente na região, trombose ou varizes graves, prótese ou implante metálico na área, doenças de pele e processos inflamatórios ativos.
4. Fui informado de que o tratamento pode exigir várias sessões e que o intervalo entre elas segue a orientação do profissional.
5. Entendo que o resultado depende também dos cuidados após o procedimento e que a responsabilidade por não seguir as orientações recebidas é minha.
6. Declaro que as informações da anamnese são verdadeiras e completas, e que não omiti nenhuma condição de saúde, alergia ou medicamento em uso.
7. Fui esclarecido sobre o procedimento, seus riscos, os cuidados necessários e as alternativas disponíveis, e tive oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas.
8. Consinto de forma livre e consciente com a realização do procedimento e sei que posso desistir a qualquer momento antes do seu início.
9. Entendo que a omissão de informações sobre minha saúde pode causar dano e que a responsabilidade por essa omissão é minha.
10. Estou ciente de que o profissional pode recusar ou interromper o procedimento com base nas respostas da anamnese ou em qualquer sinal de risco.

TRATAMENTO DE DADOS SENSÍVEIS

Para realizar este procedimento com segurança, {estudio} precisa registrar informações sobre sua saúde (alergias, condições e medicamentos). Esses dados são sensíveis pela LGPD (Lei 13.709/2018, art. 11) e serão usados exclusivamente para avaliar a segurança do procedimento e como registro do seu consentimento. Ficam armazenados de forma protegida por {anos} anos e depois são apagados. Você pode pedir acesso, correção ou exclusão pelo contato do estúdio. Ao marcar a caixa abaixo, você consente de forma específica com esse tratamento.

[] Li e concordo com o tratamento dos meus dados de saúde para este procedimento.

Assinatura do cliente

Assinatura do responsável legal