

ESTÚDIO: _____

Termo de consentimento para micropigmentação

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 queloide 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? _____

Já fez micropigmentação na mesma região? Quando?

[] Sim [] Não Qual? _____

Tem herpes ou já teve crises na região?

[] Sim [] Não

Fez botox ou preenchimento nos últimos 30 dias?

[] Sim [] Não Qual? _____

Usa ácido retinoico/isotretinoína?

[] Sim [] Não

TERMO DE CONSENTIMENTO

1. Entendo que o resultado da micropigmentação depende do tipo de pele, da oleosidade, da idade e da resposta individual do organismo, e que o profissional não garante um resultado idêntico ao de fotos ou de outras

pessoas.

2. Estou ciente de que a cor pode alterar com o tempo, clarear ou mudar de tom, e que o pigmento pode permanecer parcialmente na pele por anos.
3. Entendo que o procedimento costuma exigir uma sessão de retoque entre 30 e 45 dias e que o resultado final só se define após essa sessão.
4. Fui informado das contraindicações: gravidez e amamentação, uso de isotretinoína, herpes ativo, diabetes descompensada, quelóide, tratamento oncológico e doenças de pele na região.
5. Recebi as orientações de cuidados: não molhar nas primeiras 24 horas, não retirar as casquinhas, aplicar o produto indicado, evitar sol, maquiagem e ácidos na região por 15 dias.
6. Entendo que o resultado depende também dos cuidados após o procedimento e que a responsabilidade por não seguir as orientações recebidas é minha.
7. Declaro que as informações da anamnese são verdadeiras e completas, e que não omiti nenhuma condição de saúde, alergia ou medicamento em uso.
8. Fui esclarecido sobre o procedimento, seus riscos, os cuidados necessários e as alternativas disponíveis, e tive oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas.
9. Consinto de forma livre e consciente com a realização do procedimento e sei que posso desistir a qualquer momento antes do seu início.
10. Entendo que a omissão de informações sobre minha saúde pode causar dano e que a responsabilidade por essa omissão é minha.
11. 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