

Termo de consentimento — micropigmentação

Termo de consentimento livre e esclarecido para micropigmentação (sobrancelhas, lábios ou olhos)

Identificação

Nome: [nome completo] CPF: [número] Data de nascimento: [dd/mm/aaaa]

Telefone/WhatsApp: [número] Profissional responsável: [nome]

Procedimento: micropigmentação (sobrancelhas, lábios ou olhos) Região: [região] Data: [dd/mm/aaaa]

O que é o procedimento

Declaro que fui informada, em linguagem clara, sobre o que é micropigmentação (sobrancelhas, lábios ou olhos), como é realizado, quantas sessões costumam ser necessárias, qual o intervalo entre elas e quais resultados são esperados. Entendo que o resultado varia de pessoa para pessoa e que não há garantia de resultado específico.

Riscos e possíveis reações

Fui informada de que podem ocorrer, entre outras, as seguintes reações:

- Inchaço, vermelhidão e sensibilidade na área por alguns dias
- Formação de crostas e aparência mais escura nos primeiros dias
- Clareamento parcial do pigmento após a cicatrização, exigindo retoque
- Alteração de tom do pigmento ao longo do tempo
- Reação alérgica ao pigmento ou ao anestésico tópico
- Infecção, se os cuidados de higiene não forem seguidos
- Assimetria leve, corrigível no retoque

Contraindicações e declaração de saúde

Declaro que preenchi a ficha de anamnese com informações verdadeiras e completas e que informei: gestação ou amamentação, uso de medicamentos (inclusive ácidos e isotretinoína), alergias, doenças de pele, diabetes, problemas de cicatrização, uso de anticoagulantes e procedimentos estéticos recentes.

Declaro que aprovei o desenho, a simetria e a cor escolhidos antes do início do procedimento.

Fui informada de que o resultado é semipermanente, dura em média de 1 a 3 anos e que a remoção, se desejada, exige procedimento específico.

Cuidados que me comprometo a seguir

Recebi as orientações de pré e pós-procedimento e me comprometo a:

- Não molhar, não coçar e não remover as crostas até a cicatrização completa
- Aplicar apenas o produto cicatrizante indicado, na frequência orientada
- Evitar sol, piscina, mar, sauna e maquiagem na área pelo prazo indicado
- Comparecer ao retoque na data combinada (geralmente entre 30 e 45 dias)
- Comunicar qualquer sinal de infecção (pus, dor crescente, febre)

Fotografias e dados

() Autorizo () Não autorizo o registro de fotografias de antes e depois para acompanhamento clínico no meu prontuário.

() Autorizo () Não autorizo o uso dessas imagens em redes sociais e materiais de divulgação, sem identificação do meu nome. Posso revogar esta autorização a qualquer momento.

Meus dados pessoais e de saúde serão tratados conforme a LGPD, apenas para a finalidade deste atendimento.

Consentimento

Li este termo, tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Consinto, de forma livre e esclarecida, com a realização do procedimento.

[Cidade], [dia] de [mês] de [ano].

_____ Cliente

_____ Profissional responsável

Este modelo é um ponto de partida com cláusulas gerais e não substitui orientação jurídica. Revise com um advogado antes de usar e adapte à realidade da sua clínica.