

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PREENCHIMENTO E REVOLUMIZAÇÃO
COM ÁCIDO HIALURÔNICO INJETÁVEL**

1) IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE (ou de seu representante legal)

NOME: _____ IDADE: _____
ENDEREÇO: _____ TELEFONE:() _____
CPF: _____ RG: _____ CIDADE: _____ CEP: _____ UF: _____
_____ 2)

2) **INFORMAÇÕES GENÉRICAS:** O ácido hialurônico é encontrado em todos os seres humanos, animais e em plantas. Os produtos utilizados para harmonizar o volume facial, ou preencher sulcos, são resultantes de fermentação biológica, sendo altamente purificados e hipoalergênicos.

3) **INDICAÇÕES:** Para melhorar a hidratação da pele, preencher sulcos faciais e readequar volumes faciais.

4) **MODO DE AÇÃO:** O produto é injetado por meio de seringa e agulha estéreis, em profundidade adequada, na pele, aumentando o turgor da pele e/ou o volume da face.

5) **MODO DE APLICAÇÃO E APARÊNCIA:** O gel contendo o ácido hialurônico é um gel transparente e vem já envasado na seringa, em blister, já próprio para uso. O produto é aplicado diretamente no local desejado, após assepsia.

6) **CUIDADOS NECESSÁRIOS:**

- Não massagear os locais de aplicação
- Uso de protetor solar é recomendado
- Manter os curativos, quando necessário por 5 dias
- Não deitar por sobre a área tratada por 12 horas.

7) **EFEITOS COLATERAIS E RISCOS:** como todo procedimento injetável podem ser observadas equimoses no local na punctura e edemas de pequena monta podem ocorrer. Todos os efeitos são temporários. EMBORA

INFREQUENTES, podem ser observados: - Equimoses - Edemas - Vermelhidão. Os seguintes fatores devem ser fielmente comunicados ao seu médico, antes de você submeter-se ao procedimento: - Uso de medicamentos com ácido acetil salicílico; - Preenchimentos prévios; - tratamentos para trombozes e varizes.

8) DURAÇÃO DO EFEITO: a duração do tratamento é dependente da região a ser tratada e das características do produto. De uma maneira geral a visualização do resultado pode ser considerado como 4 semanas para hidratação da pele, e de 6 meses a 18 meses para produtos de preenchimento e revolumização. Cada pagamento contempla somente uma aplicação e uma eventual reaplicação, caso esta seja feita em tempo inferior a um mês.

DECLARO QUE LI E ENTENDI as informações acima, e que antes de aceitar o tratamento de PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO, tive a oportunidade suficiente para discutir e questionar sobre o mesmo, esclarecendo minhas dúvidas. Autorizo, também, que sejam feitas fotografias minhas para análise comparativa do resultado obtido, bem como para uso legal e científico. Comprometo-me a seguir, rigorosamente, todos os cuidados prescritos por meu médico, especialmente evitando me expor ao sol e às radiações ultravioletas em geral. Tenho consciência de que o bom resultado final também depende de mim.

DO CONSENTIMENTO:

Eu _____, portador(a) do CPF nº _____, **DECLARO** ter acessado o site www.laerciocadoreplastica.com.br, ter lido e tomado plena ciência de todas as INFORMAÇÕES, além de recebido todos os esclarecimentos necessários, e que antes de optar pelo uso do produto, tive oportunidade suficiente para discutir e questionar sobre ele. Portanto, dou meu consentimento livre e esclarecido, para que o Dr. Laércio Cadore CRM 4656 RQE 1524, reconhecendo-o como Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), e toda sua equipe, realizem em mim o PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO, acima mencionado, bem como os cuidados e tratamentos médicos necessários, dele decorrentes.

Procedimento(s) proposto(s):

Brusque/SC, ____ de _____ de ____.

_____ CPF: _____
Assinatura do(a) paciente ou responsável

_____ CPF: _____
Assinatura da Testemunha