Termo de consentimento

Procedimento estético · para imprimir e preencher à mão

Cliente

Nome completo

Data de nascimento

Telefone / WhatsApp

E-mail

Documento (CPF ou RG)

Procedimento

Procedimento a ser realizado

Reações e riscos explicados ao cliente

Cuidados combinados para antes e depois

Termo de ciência e consentimento

Declaro que as informações desta ficha são verdadeiras e que não omiti nenhum dado sobre a minha saúde. Vou avisar o(a) profissional sobre qualquer mudança antes das próximas sessões.

Recebi explicações sobre o procedimento descrito acima: como é feito, os cuidados antes e depois, o resultado esperado e as reações que podem acontecer. Pude tirar minhas dúvidas antes de assinar.

Autorizo a realização do procedimento e sei que posso desistir a qualquer momento antes do início.

- ☐ Li e concordo com o termo de ciência acima.
- ☐ Autorizo o(a) profissional responsável por este atendimento a registrar e guardar os dados pessoais e de saúde desta ficha, com a finalidade exclusiva de avaliar e realizar o atendimento com segurança e manter o meu histórico (Lei 13.709/2018 – LGPD, art. 11, I). Sei que posso pedir acesso, correção ou eliminação desses dados ao estabelecimento a qualquer momento.

Local e data: _____

Assinatura do cliente

Assinatura do profissional