ANA MARIA JACOB
ESTÉTICA AVANÇADA

Consentimento — Preenchimento Labial · para preenchimento em papel

Identificação

Nome completo

Data de nascimento ____ / ____ / ________

CPF

WhatsApp

As declarações gerais estão na anamnese obrigatória, sem repetição neste termo. A autorização de imagem é independente. Este documento trata somente do procedimento descrito. O plano, os produtos, as regiões e as orientações individuais precisam estar definidos e esclarecidos antes da confirmação.

Objetivo e alcance

O preenchimento labial com ácido hialurônico busca modificar volume, contorno ou assimetrias dos lábios conforme o plano individual. A região e o produto devem ser identificados; o preenchimento não elimina todas as diferenças naturais nem garante reprodução de uma fotografia de referência.

Alternativas e limites

É possível não realizar, adiar ou discutir outra abordagem adequada ao objetivo. O efeito varia entre pessoas e produtos, pode exigir reavaliação e não tem duração ou simetria perfeita garantidas. Corrigir ou reduzir o preenchimento é outro procedimento, com avaliação e riscos próprios; não existe promessa de reversão completa.

Riscos específicos

Podem ocorrer inchaço, hematomas, dor, sensibilidade, vermelhidão, nódulos, irregularidades, migração, alteração de cor, infecção ou reativação de herpes. Algumas reações aparecem tardiamente. Reações alérgicas podem ser graves. O comprometimento de vasos pode causar falta de circulação, feridas, necrose e cicatrizes; também foram relatadas alterações visuais, cegueira e acidente vascular cerebral após preenchimentos faciais.

Cuidados e acompanhamento

Seguir as orientações escritas do produto e da profissional sobre higiene, manipulação dos lábios, cosméticos, exercício, calor e exposição solar. Não tentar corrigir o resultado em casa. Informar bolhas ou lesões novas e comparecer à reavaliação indicada. Medicamentos e eventuais medidas preventivas dependem de avaliação individual.

Quando buscar ajuda

Dor incomum ou crescente, pele muito pálida, acinzentada ou azulada, alteração visual, dificuldade súbita para falar ou fraqueza exigem avaliação imediata. Falta de ar, desmaio ou inchaço rápido de língua/garganta são emergência. Febre, secreção ou vermelhidão em expansão também precisam de avaliação; não aguardar o retorno marcado. Em uma emergência, procure um pronto-socorro ou acione o SAMU pelo 192; não espere resposta da clínica por mensagem.

Decisão sobre o preenchimento labial

Posso pedir esclarecimentos, adiar ou recusar o procedimento antes de sua realização e solicitar uma cópia deste documento. A confirmação e a assinatura dizem respeito somente ao plano descrito, após esclarecimento das dúvidas. Não autorizam divulgação de imagens nem outros procedimentos. Se ainda houver dúvida, devo conversar com a equipe antes de confirmar.

Perguntas

Qual resultado você espera do preenchimento labial?

Que mudança e quais partes dos lábios você entendeu que fazem parte do plano?

Quais dúvidas ou observações sobre este procedimento você quer discutir antes de decidir?

Declaração e assinatura

Declaro que li este documento, que as respostas acima são verdadeiras e que comunicarei qualquer alteração antes do atendimento.

Assinatura da paciente

Local e data

Assinatura e carimbo da profissional

Data da revisão profissional

Modelo amj-termo-labial-20261016 · versão para preenchimento em papel gerada a partir da biblioteca de documentos da clínica. A via assinada deve ser conferida e arquivada no prontuário.

Demonstração local com dados fictícios. Sem validade de documento clínico ou fiscal.