

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

CONTRATO DE ADESÃO

TRATAMENTO ESTÉTICO — MÉDICO - SAÚDE

EMENTA

Modelo de Termo de Consentimento e Conhecimento Eu, Fulano(a) de Tal, autorizo o Dr. a realizar meu tratamento do dia __ de _____ de __, com o propósito de melhorar a minha aparência. O efeito e a natureza do tratamento a ser dado, bem como possíveis métodos alternativos, foram totalmente explicados a mim. Foi explicado que o Dr. poderá ser auxiliado por pessoal qualificado sob sua supervisão. Eu também autorizo o Dr. a realizar qualquer tratamento não previsto para melhorar minha aparência ou decorrente de qualquer complicação médica. Eu reconheço que a prática da medicina e da cirurgia estética não é uma ciência exata e por isso há variações individuais de resultados. Eu estou ciente que resultados bons são desejados, porém não garantidos. Eu fui informado(a) de que não é possível saber quantos anos minha aparência mais jovem poderá durar. Eu fui orientado(a) que o tratamento pode gerar dor e desconforto, tanto durante o ato ou após. Também sei que talvez precise tomar alguns medicamentos no pós-operatório. Foi-me aconselhado a tomar as seguintes precauções no pós-operatório: - evitar tomar sol; - evitar banhos muito quentes; - evitar excesso de calor; - não utilizar qualquer tipo de creme ou cosmético sem orientação médica; - chamar meu médico em caso de qualquer dúvida. Local e Data: ASSINATURA
TESTEMUNHAS: NOME DO MÉDICO CRM