

Termo de Consentimento — Preenchimento Labial

Ácido hialurônico

IDENTIFICAÇÃO

Nome do(a) paciente	CPF
Procedimento	Data prevista
Profissional responsável / registro de classe	

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado(a) sobre o procedimento de preenchimento labial com ácido hialurônico, incluindo técnica utilizada, produto aplicado (marca e lote registrados em prontuário), duração estimada do resultado e necessidade de manutenção periódica.

Estou ciente de que o resultado estético é individual, influenciado por anatomia, metabolismo e cuidados pós-procedimento, e de que assimetrias leves podem ocorrer e ser ajustadas em retorno.

Fui orientado(a) sobre os cuidados pós-procedimento: evitar calor intenso, exercício físico e manipulação local nas primeiras 48 horas, e retornar para reavaliação conforme orientação.

RISCOS E INTERCORRÊNCIAS POSSÍVEIS

- Edema e hematomas nos lábios nos primeiros dias;
- Nódulos ou irregularidades palpáveis, geralmente transitórios;
- Reativação de herpes labial em pacientes predispostos;
- Reações alérgicas ou inflamatórias tardias (raras);
- Oclusão vascular (rara e grave) — emergência que exige atendimento imediato; recebi orientação sobre sinais de alerta (dor intensa, palidez ou escurecimento da região).

DECLARAÇÃO FINAL

Declaro que li e compreendi todas as informações acima, que tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e que estou de acordo com a realização do procedimento. Estou ciente de que resultados variam de pessoa para pessoa e que nenhum resultado específico é garantido.

Este documento é um modelo genérico e deve ser adaptado e revisado pelo profissional responsável conforme as normas do seu conselho de classe (CFM, CFO, COREN, CFBM etc.) antes do uso.

Cidade e data	Profissional responsável / registro
---------------	-------------------------------------

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) profissional