



## Termo de Consentimento

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins de direito que fui informado(a) e autorizo o(a) Dr(a) \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ a realizar o procedimento de Radiofrequência Monopolar Coolfase em mim. Entendo que pode haver desconforto durante o tratamento enquanto a Radiofrequência estiver sendo administrada. Discuti com minha médica/aplicadora as opções disponíveis para otimizar meu conforto durante o procedimento.

Declaro estar ciente que imediatamente após o procedimento, a pele pode apresentar vermelhidão, um leve inchaço ou sensibilidade ao toque, mas estes sintomas são de natureza leve e temporária. Efeitos temporários ocasionais podem incluir dor ou hematomas, que se resolvem em horas a dias, ou dormência em uma área selecionada, que se resolve em dias a semanas. Estou consciente de que assim como com qualquer procedimento médico, existem possíveis riscos associados com o tratamento. Há um risco remoto de uma queimadura que pode ou não levar a formação de cicatrizes (que pode responder a cuidados médicos) ou de inflamação temporária do nervo, que se resolverá em uma questão de dias a semanas. Fraqueza muscular local temporária pode resultar do tratamento devido à inflamação de um nervo motor. Dormência temporária pode resultar do tratamento devido à inflamação de um nervo sensorial (sensitivo). Estou ciente que os resultados estéticos dependem também da minha resposta ao tratamento, podendo ser insuficiente, com a persistência de linhas ou dobras e necessidade de um possível procedimento complementar.

Declaro que li e entendi as informações contidas nesse formulário e tive a oportunidade de fazer qualquer pergunta sobre o tratamento, riscos de eventos adversos e/ou necessidade de tratamentos complementares e todas as minhas dúvidas foram satisfatoriamente respondidas. Estando, pois, ciente dos riscos e dos eventos adversos que podem ocorrer em relação aos quais fui e estou suficientemente informado(a) e, sobretudo, tendo em vista a minha autorização de forma livre, consciente e voluntária em submeter-me ao procedimento com Coolfase.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente Termo de Consentimento.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local : \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_