

CONTRATO GERAL

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESTÉTICOS

Pelo presente instrumento, as partes abaixo qualificadas firmam o presente contrato por meio das cláusulas e condições que seguem:

PACIENTE: _____, estado civil _____, nacionalidade _____, profissão _____, RG nº _____, CPF nº _____, residente à Rua _____, nº _____, na cidade de _____, UF _____, telefone () _____; e seu **RESPONSÁVEL**, _____, estado civil _____, nacionalidade _____, profissão _____, RG nº _____, CPF nº _____, residente à Rua _____, nº _____, na cidade de _____, UF _____, telefone () _____; doravante denominado **CONTRATANTE** e

ESTÉTICA PAULA PALMA EIRELE, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº 19.141.270/0001-40, com sede na Avenida Higienópolis, 660, na cidade de Londrina/PR, representada neste ato por sua administradora legalmente constituída, DRA. PAULA PELOZO PALMA DREYER, brasileira, casada, fisioterapeuta, portadora do RG nº 8.220.233-1 SSP-PR e inscrita no CPF nº 048.732.909-02, doravante denominada **CONTRATADA**.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Parágrafo primeiro: Constitui objeto deste contrato a prestação de serviços de tratamento estético ao **CONTRATANTE** acima citado, quais sejam: _____

_____, conforme ficha de admissão e prontuário, documentos integrantes do presente contrato;

Parágrafo segundo: O presente contrato estabelece obrigações de meio e não de resultado, em relação aos atos terapêuticos. O tratamento, riscos e complicações serão explicados ao paciente e/ou responsável pelo profissional assistente;

Parágrafo terceiro: O **CONTRATANTE** declara, para os efeitos do art. 6º da Lei nº 8.078/90, estar ciente de que todo procedimento estético pode provocar alterações e consequências benéficas ou prejudiciais, dependendo a sua eficácia da resposta individual do organismo de cada paciente e da conduta pós-tratamento;

Parágrafo quarto: Nos termos do art. 14, §4º, e art. 39, inciso VI, da Lei nº 8.078/90, o **CONTRATANTE** declara também estar ciente de que o mesmo não está isento de sofrer qualquer complicação, bem como da possibilidade de advir seqüelas após o tratamento a ser realizado pela **CONTRATADA**;

Parágrafo quinto: O **CONTRATANTE** declara, ainda, ter recebido informações detalhadas sobre o tratamento adquirido e sobre os possíveis prognósticos a respeito dos atos a serem adotados, compreendendo-os perfeitamente e aceitando-os, conforme **CONSENTIMENTO ESCLARECIDO** em anexo;

Parágrafo sexto: O **CONTRATANTE** declara ter ciência a) de que a indicação do tratamento a ser realizado depende de prévia avaliação; b) de que não deve omitir qualquer informação solicitada sobre seus hábitos e sobre sua saúde; c) de que o efeito do tratamento aplicado depende da interação do mesmo com o organismo individual, ou seja, não dependendo da ação do profissional assistente; d) de que deve tomar as precauções indicadas após a realização do tratamento, **ESPECIALMENTE:** usar de filtro solar, cuidar-se na exposição ao sol, evitar hábitos alimentares que levam ao ganho de peso, evitar uso de medicamentos que reagem ao tratamento, entre outros, como _____;

Parágrafo sétimo: A **CONTRATADA** assume a obrigação de usar toda a sua perícia, diligência e prudência no tratamento estético do **CONTRATANTE**, usando produtos de qualidade certificados pelos órgãos nacionais responsáveis, empregando as melhores técnicas de higiene e limpeza, sem assumir obrigação de resultado;

Parágrafo oitavo: São obrigações do **CONTRATANTE:** a) cumprir e fazer cumprir as normas do local onde for realizado o atendimento; b) pagar os valores inerentes aos procedimentos que forem de sua obrigação, dentro do prazo que for ajustado entre as partes; c) seguir criteriosamente as prescrições e recomendações emitidas pela **CONTRATADA**; d) informar à **CONTRATADA** acerca dos medicamentos/substâncias que esteja fazendo uso, bem como das que tem conhecimento que podem lhe provocar reação alérgica.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO / PAGAMENTO

Parágrafo primeiro: Tendo sido previamente orçado e pactuado o tratamento estético a que se refere o presente contrato, pelos serviços que lhes serão prestados e disponibilizados o **CONTRATANTE** se obriga a pagar à **CONTRATADA** a importância de R\$ _____

(por extenso) _____, pago da seguinte forma:

Parágrafo segundo: O valor acordado no parágrafo primeiro desta cláusula refere-se ao custeio das despesas pré-determinadas do atendimento/tratamento, estando ciente o **CONTRATANTE** de que terá o prazo de 1 (um) ano, após a assinatura do presente contrato, para realizar o tratamento adquirido. Após esse período, o **CONTRATANTE** estará sujeito a reajustes financeiros e não poderá mais exigir a devolução dos valores;

Parágrafo terceiro: Em caso de não comparecimento do **CONTRATANTE** nas sessões previamente agendadas e sem justificativa prévia de no mínimo 24 horas, a sessão será cancelada e não será devolvido o valor já pago;

Termo de Consentimento Ácido Hialurônico



TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA PREENCHIMENTOS COM ÁCIDO HIALURÔNICO

Marca do produto utilizado: _____

Tipo de procedimento: _____

Nome do paciente: _____

Nome do profissional responsável: _____

Os preenchimentos são géis estéreis com ácido hialurônico de origem não animal, estabilizado pela injeção na pele com o objetivo de corrigir rugas não profundas da face, para aumento do volume dos lábios e para reparar outras imperfeições faciais, como aumento do malar.

Essa substância é colocada dentro das camadas da pele, promovendo uma correção temporária das imperfeições. O material é reabsorvido entre 6 e 12 meses dependendo do metabolismo do paciente e do volume que foi utilizado, podendo ser reaplicado quando necessário.

O material é estéril, armazenado em seringas de volume específico, por isso algumas vezes dependendo do local que vai ser tratado pode ser necessária mais de uma seringa, e a critério do profissional deverá ser decidido se será feito em uma ou mais sessões.

O paciente poderá sentir um leve ardor ao passo que o preenchimento for injetado.

O uso e a indicação do tratamento foram-me explicados pelo e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas satisfatoriamente.

Fui especificamente informado do seguinte:

Após a injeção podem acontecer algumas reações como inchaço, vermelhidão, dor, coceira, sangramento e inflamação.

Sei que essas reações, se ocorrerem, desaparecerão espontaneamente em alguns dias após procedimento.

Algumas vezes podem surgir hematomas após o tratamento, que levam alguns dias para desaparecer, normalmente até 15 dias.

Outros tipos de reação são muito raros, aproximadamente um em cada 2000 pacientes tratados experimentaram reações localizadas que se pensam de natureza de hipersensibilidade. Essas consistiram em inchaço no local do implante, às vezes com edema nos tecidos circunvizinhos.

Também podem ocorrer eritema, sensibilidade, assimetria, necrose e raramente pápulas acneiformes.

As reações têm início alguns dias após a injeção ou ao fim de 2 a 4 semanas, se forem descritas como ligeiras e moderadas, autolimitadas com uma duração média de 2 semanas.

Inchaço inicial após o tratamento do lábio, talvez durante algum tempo. Alguns pacientes permanecem com os lábios inchados e assimétricos por até duas semanas.

Evite tocar a área tratada nas 6 horas seguidas a aplicação.

Evitar o uso de cremes e maquiagens no local da aplicação antes e após o procedimento.

Não exponha a área tratada a calor ou frio intenso até que o inchaço e o vermelho terem desaparecido.

Caso você tenha herpes simples na face antes do tratamento, é provável que a picada da agulha possa criar uma erupção.

Se você estiver usando aspirina outro medicamento similar, o local da injeção poderá sangrar mais.

Pequenas variações de peso podem diminuir a quantidade de gordura na face, parecendo que o implante durou menos tempo, por isso, anotamos o peso na data do procedimento: _____ quilos.

Não se esqueça o ácido hialurônico é reabsorvido com o passar do tempo, a correção não durará para sempre.

Também fui informada(o) que, dependendo da área a ser tratada e do tipo de pele, o tratamento pode durar de 6 a 12 meses, mas que em alguns casos a duração do efeito pode ser menor ou mais prolongada.

Os tratamentos subsequentes ajudam a manter o grau de correção desejado.

Fui orientada que as marcas estáticas permanecerão mesmo após a aplicação, pois estas não são tratadas com o ácido hialurônico, e sim com tratamentos que induzem produção de colágeno.

Entendi que perco direito de questionamento/reclamação caso não compareça ao retorno do procedimento após 21 dias.

Recebi explicações de como proceder após o tratamento e seguirei as orientações que me foram dadas.

Londrina, _____ de _____ de 20 _____

PACIENTE / RESPONSÁVEL

RESPONSÁVEL

Termo de Consentimento Botox (FRENTE)



TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE MARCAS DE EXPRESSÕES DINÂMICAS COM TOXINA BOTULÍNICA



MARCA DA TOXINA BOTULÍNICA: _____

NOME DO PROFISSIONAL: _____

Estou ciente de que quando pequenas concentrações de toxina botulínica são injetadas em um músculo, ocorre o enfraquecimento ou até a paralisia deste músculo. Isso ocorre alguns dias após a injeção e seu efeito pode durar 3 a 4 meses em média. Este período pode ser maior ou menor.

A injeção de toxina botulínica em um músculo provocará uma paralisia ou uma atenuação da contração muscular do mesmo, causando uma melhora nas rugas, devido a diminuição da força de enrugar o local. A marca da ruga atenuará e permanecerá assim até terminar o efeito do produto.

Rugas existentes entre as sobrancelhas são decorrentes da contração de um pequeno músculo chamado corrugador. Os outros locais de tratamentos mais comuns são rugas ao redor dos olhos e testa. A aplicação da toxina não elimina todas as rugas, mas atenua as linhas de expressão.

Os resultados dos tratamentos podem ser variáveis de pessoa a pessoa e, inclusive, no mesmo indivíduo um tratamento pode ter duração diferente do outro.

RESULTADOS E CUIDADOS PÓS OPERATÓRIOS:

- *Eu compreendi que o efeito da aplicação não é imediato e demora cerca de 3 a 20 dias para se observar o resultado.*
- *Esse efeito irá reverter-se em alguns meses, quando o tratamento poderá ser novamente indicado.*
- *Estou ciente da necessidade de permanecer e postura ereta e não manipular a área tratada por um período de 4 (quatro) horas após a injeção. Evitar atividade física por 24 horas.*
- *Após a aplicação fui orientada a não ingerir medicamentos sem a devida autorização por 1 semana.*
- *Estou ciente de que, caso não compareça ao retorno do meu tratamento em até 21 dias, perderei direito de reclamar do mesmo.*
- *Fui orientada que as marcas estáticas permanecerão mesmo após a aplicação, pois estas não são tratadas com a toxina botulínica, e sim com tratamentos que induzem produção de colágeno.*
- *Entendi que perco direito de questionamento/reclamação caso não compareça ao retorno do procedimento após 21 dias.*

RISCOS E COMPLICAÇÕES:

O tratamento de rugas faciais da região frontal com a toxina botulínica pode causar:

- *A queda temporária da pálpebra, em aproximadamente 2% (dois por cento) dos pacientes tratados.*
- *Alterações da sensibilidade. Entumescimento e dor de cabeça são raramente observados em pacientes submetidos a este procedimento.*
- *Um leve hematoma (derrame de sangue) pode ocorrer nos locais de aplicação.*
- *Em poucos pacientes a injeção pode não provocar o efeito necessário ou não durar o tempo esperado.*
- *Alguns pacientes podem apresentar dor por algum período no local da aplicação, sendo essa ocorrência uma característica pessoal, não podendo ser previsto ou evitado com antecedência, independentemente do procedimento realizado.*

GRAVIDEZ E ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

Todos os pacientes que estão em tratamentos com antibióticos e possuem enfermidades neuromusculares ou auto-imune, grávida ou em fase de amamentação, com infecção ou sinais de inflamação no local de aplicação não devem se submeter ao tratamento de toxina botulínica.

Declaro ter lido e compreendido todas as informações acima. Todas as minhas perguntas foram respondidas anteriormente pelo responsável. Eu aceito os riscos e possíveis complicações inerentes a este procedimento e quero submeter-me ao mesmo.

ESTOU CIENTE DE QUE NA PRÁTICA DA MEDICINA NÃO É UMA CIÊNCIA EXATA E RECONHEÇO QUE, APESAR DO PROFISSIONAL HAVER ME INFORMADO ADEQUADAMENTE AS POSSIBILIDADES DE ATINGIR OS OBJETIVOS DO PROCEDIMENTO, ACEITO QUE NÃO SE PODE AFIRMAR QUE OS RESULTADOS SÃO GARANTIDOS.

DOU MEU CONSENTIMENTO PARA SER FOTOGRAFADO ANTES, DURANTE E APÓS OS PROCEDIMENTOS PARA UMA ANÁLISE DE RESULTADOS.

Londrina _____ de _____ de 20 _____

PACIENTE/RESPONSÁVEL

RESPONSÁVEL

PACIENTE: _____ IDADE: _____

AVALIAÇÃO:



DIA: ____ / ____ / ____ HORÁRIO: ____ hs

- ____ U FRONTAL;
- ____ U CORRUGADOR
- ____ U PRÓCERO
- ____ U ORBICULAR DOS OLHOS
- ____ U ORBICULAR SUBPALPEBRAL
- ____ U NASAL
- ____ U ORBICULAR DA BOCA
- ____ U MENTONIANO
- ____ U OUTRAS _____
- ____ U TOTAL DE UNIDADES INJETADAS

DATA DA APLICAÇÃO: _____

DATA DA VALIDADE: ____ / ____ / ____

NÚMERO DO LOTE: _____

VOLUME DE DILUIÇÃO: _____

ANOTAÇÕES: _____

Termo de Fios de Sustentação

Paciente: _____ Código: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Tratamento com Fios de Sustentação

O uso e indicação dos Fios de sustentação foram-me explicados e tive a oportunidade de esclarecer todas as perguntas por mim colocadas e estas foram respondidas satisfatoriamente.

Eu estou ciente que os resultados clínicos podem variar dependendo de fatores individuais, incluindo histórico médico, comprometimento do paciente com as instruções do pré e pós-procedimento, e resposta individual ao tratamento.

Eu estou ciente que respeitar as instruções recebidas que me ajudarão a obter melhores resultados ao tratamento. Se eu não me esforçar em seguir as orientações estou ciente que os resultados alcançados com o tratamento podem não ser duradouros e satisfatórios.

Fui especificamente informada do seguinte: outros tipos de reação não são frequentes e que raramente alguns pacientes tratados poderão experimentar reações localizadas de natureza de hipersensibilidade. Entre elas, ferida, infecção, hematoma, reação alérgica, dor, vermelhidão, eritema, swelling.

Os preços foram devidamente explicados e entendo que tenho que realizar os pagamentos para todas as sessões do tratamento.

Eu confirmo que fui informada detalhadamente da natureza e propósito do procedimento, resultados esperados e possíveis complicações e eu entendo que nenhuma garantia é atribuída para o resultado final obtido.

Eu estou ciente que minhas condições físicas e minha decisão para realizar este procedimento é unicamente baseada em meu desejo expresso para fazê-lo.

Eu entendo que é minha responsabilidade pessoal informar quaisquer mudanças em meu histórico de saúde durante as sessões do tratamento com os Fios de Sustentação e eu confirmo em ocorrendo tais mudanças devo imediatamente informá-los.

Este termo de consentimento também é válido para pacientes que participem de Cursos, Workshop, ambulatorios e serviços de Hospitais e Clínicas.

Eu autorizo que o(a) Dr.(a) inscrito no conselho de _____ sob número _____ realize o procedimento com Fios de Sustentação.

Eu certifico que tive a oportunidade de realizar todas as perguntas, e que todas foram respondidas, me sentindo plenamente satisfeito com as respostas e que eu li e entendi todo o conteúdo deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Autorizo que tire fotografias e autorizo seu uso anônimo a propósito de auditoria clínica, meu histórico de tratamento. Assinale com X se: () sim () não

Londrina, _____ de _____ de 201 _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal Pelo Paciente



Identificar área aplicada