

## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA O PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO ENZIMÁTICO DE PAPADA

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente quanto aos principais aspectos relacionados com o procedimento de aplicação de enzimas para a papada, ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo profissional e sua equipe. Eu, Fulano da Silva, autorizo a aplicação de enzimas na região de papada.

1. A proposta do tratamento a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente pelo profissional.
2. Estou ciente de que a equipe adota todos os procedimentos de qualidade / segurança, de acordo com as normas legais para a realização do procedimento.
3. Declaro que estou em plenas condições de saúde, com o acompanhamento médico periódico.
4. A aplicação é um procedimento pouco invasivo e normalmente para a redução da gordura são necessárias algumas sessões de aplicação.
5. Trata-se de procedimento com objetivo de harmonização estético-funcional.
6. Após a aplicação poderá ficar dolorido e desconfortável por pelo menos 10 dias a contar do procedimento realizado.
7. Poderá haver comprometimento estético no pós-operatório como inchaço, hematomas, eventual infecção e alterações motoras temporárias e reversíveis, dentre outros.
8. O paciente deverá seguir à risca as recomendações medicamentosas e pós-aplicações.
9. Os resultados esperados podem não ser alcançados devido às limitações individuais de cada caso.
10. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização da aplicação.

Luanda, 20/09/2024

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_  
Fulano da Silva