

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA O
TRATAMENTO DE MASSAGEM MODELADORA - DETOX

A massagem modeladora e redutora é indicada nas seguintes situações: celulite, gordura localizada e remodelagem corporal. Na massagem os movimentos são rápidos com deslizamento das mãos sobre a pele com a ajuda de cremes específicos para cada finalidade. Pode ser utilizado aparelhos mecânicos com movimentos vibratórios ou oscilatórios com o intuito de modelagem corporal. A massagem segue as seguintes etapas:

- Avaliação da pele: fazer a avaliação da necessidade do cliente é fundamental para o resultado do tratamento.
- Assepsia: a pele é higienizada com álcool 70%.
- Esfoliação: é feita a aplicação de produtos específicos com efeito abrasivo para promover um afinamento da camada córnea (camada mais superficial da pele), facilitando a penetração dos ativos do creme de massagem, sendo efetuada num intervalo de uma vez por semana.
- Massagem com creme DETOX, com a manobras de modelação corporal.
- Aplicação de máscara de argila com princípios ativos redutores, em seguida cobre-se a área com filme plástico e manta térmica de 20 a 30min.
- Finalização: retira-se a manta, o filme e realiza a limpeza a área tratada.

A eficácia do tratamento pode variar de pessoa para pessoa. O resultado não será garantido caso não seja feita a manutenção necessária com cremes ou produtos indicados pelo profissional habilitado ou com sessões adicionais de massagem, além da implementação de hábitos saudáveis pelo cliente. **Logo após o procedimento poderá ocorrer vermelhidão e hematomas na região tratada.** Esses efeitos são normais e o incomodo desaparecerá em poucos dias. Entrar em contato se continuar a sentir o incomodo. A frequência de aplicação do protocolo é recomendado de 2 vezes por semana, sendo a esfoliação 1 vez por semana.

As principais contraindicações são: febre, fraturas, infecções, osteoporose, trombose, embolias, taquicardia, hematomas. Devido à intensidade dos movimentos, quem possui varizes deve evitar o procedimento. Mulheres grávidas ou com doenças graves precisam de autorização médica para se submeterem ao tratamento.

As fotos tiradas são exclusivamente para acompanhamento do tratamento e não deverão ser divulgadas a menos que haja autorização por escrito do cliente para qualquer finalidade. Declaro que li e entendi as orientações e tive oportunidade de esclarecimentos de dúvidas deste termo antes de assiná-lo.

Eu, _____, portador(a) do RG/CPF nº _____ autorizo _____ a realizar o procedimento supra mencionado. Estou plenamente seguro(a) que esclareci todas as minhas dúvidas relativas ao procedimento, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes da assinatura. Reservome o direito de revogar minha assinatura abaixo apenas antes que o procedimento se realize.

Curitiba, ____ de _____ de 20 ____.

Cliente