

FORMULÁRIO PARA APLICAÇÃO DE PREENCHEDORES



Paciente: LISIA RAMOS
MAYER

Data de nascimento:
15/04/1967

Endereço: R DOS
ANDRADAS 00487 AP707

Telefone: 32274673

Cidade: PORTO ALEGRE

CEP: 90020001

Bairro: CENTRO

Documento:
00063092352068

Dermatite de contato: não

**Termo de consentimento
assinado:** SIM

**Aceita exposição do caso
clínico:** SIM

Produto aplicado: TOXINA

Marca utilizada:
ALLERGAN

Região aplicada: FULL

Unidades no total: 40

Data da aplicação:
10/05/2020

Diluição: 1

Lote: C5752C3

Vencimento: ago/22

Pós clínico:
CONFORMIDADE

Efeito: SIM