

FORMULÁRIO PARA APLICAÇÃO DE PREENCHEDORES



Paciente: LISANDRA
FACHININELLO

Data de nascimento:
11/01/1974

Endereço: AV GETULIO
VARGAS 00908 CJ305

Telefone: 32325354

Cidade: PORTO ALEGRE

CEP: 90150003

Bairro: MENINO DEUS

Documento:
00070537720049

Dermatite de contato: não

**Termo de consentimento
assinado:** sim

**Aceita exposição do caso
clínico:** SIM

Produto aplicado: TOXINA

Marca utilizada:
GALDERMA

Região aplicada: FULL

Unidades no total: 80

Data da aplicação:
01/03/2020

Diluição: 0,8

Lote: C5752C3

Vencimento: ago/22

Pós clínico:
CONFORMIDADE

Efeito: SIM