



**Dr. Ferrer Pardo**  
Cirurgia Plástica

**Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez**  
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872  
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica  
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery  
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá  
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica  
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE**

**Área tratada:** \_\_\_\_\_:

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter ao procedimento denominado **PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO**, a ser realizado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, pelo **Dr.** \_\_\_\_\_, inscrito no CRM sob o nº \_\_\_\_\_, e os demais profissionais de sua equipe, que estão vinculados à minha assistência.

Declaro, ainda, que todo o procedimento me foi previa e devidamente explicado, quando tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, tendo recebido, oralmente e por escrito, todas as instruções a serem seguidas antes, durante e após o tratamento.

### **1. Do procedimento e seu objetivo:**

**1.1.** Trata-se de procedimento cujo objetivo é harmonizar o volume facial ou preencher os sulcos, promovendo a correção de rugas finas, olheiras, cicatrizes superficiais e repor/aumentar o volume dos lábios, região malar e/ou mandibular.

**1.2.** O procedimento consiste na injeção de um preenchedor em gel, contendo ácido hialurônico, diretamente na área a ser tratada, promovendo uma correção temporária das imperfeições, além de estimular a produção de colágeno e hidratação da pele.

**1.3.** Poderá ser utilizada anestesia local para amenizar a dor e o desconforto durante o procedimento.

### **2. Dos riscos e complicações inerentes ao procedimento:**

**2.1.** Estou ciente de que, apesar de todos os cuidados dispensados pelo profissional, como ocorre em qualquer procedimento, sempre haverá riscos e a possibilidade de complicações, tais como:

- **Dor e desconforto:** Poderá ocorrer dor ou desconforto durante e logo após o procedimento. Para alívio, poderá ser feito uso de anestésico local e analgésicos;
- **Eritema:** A área tratada pode se apresentar rosada ou avermelhada, imediatamente após o procedimento, diminuindo gradativamente em poucas horas;
  - **Equimoses:** poderá haver manchas roxas, regredindo gradualmente;
- **Alteração na sensibilidade:** Poderá haver alteração na sensibilidade da área tratada ou ao redor, por um período indeterminado de tempo, variável de paciente para paciente;
- **Edema:** Poderá haver inchaço na área tratada que, eventualmente, pode permanecer por dias e, menos frequentemente, por semanas;
- **Infecções:** Poderão ocorrer infecções decorrentes da contaminação por germes existentes na própria pele do paciente, que podem necessitar de tratamento com antibióticos e curativos.
- **Resultado "artificial":** Eventualmente, o resultado final poderá ficar com aparência "artificial". Todavia, o critério para tal avaliação é de cunho subjetivo, não havendo parâmetros fixos para a sua determinação.

**2.2.** Os riscos e complicações acima listados são normais e têm rápida recuperação. Caso persistam por tempo prolongado ou em casos de dor acentuada, o médico assistente deverá ser consultado.

### **3. Das contraindicações:**

**3.1.** Estou ciente de que o tratamento está contraindicado em caso de:

- Pacientes com hipersensibilidade ao ácido hialurônico e/ou lidocaína;
- Pacientes com infecções na pele no local da aplicação;
- Pacientes com alergia conhecida ou sensibilidade a biomateriais de plástico;
- Pacientes com epilepsia não controlada;
- Pacientes com obesidade;
- Pacientes com implantes no local da aplicação;
- Pacientes com doenças crônicas em atividade;



**Dr. Ferrer Pardo**  
Cirurgia Plástica

**Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez**  
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872  
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica  
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery  
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá  
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica  
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

- Pacientes que possuem acne e herpes em atividade;
- Pacientes gestantes ou lactantes;
- Pacientes com desordens neurológicas;
- Pacientes com hipersensibilidade prévia a qualquer ingrediente contido no produto;
- Pacientes alérgicos à albumina (clara de ovo);
- Pacientes portadores de doenças autoimunes (lúpus sistêmicos, artrite reumatoide, esclerodermia, vírus HIV, etc.);
- Pacientes em uso de antibióticos do tipo spectinomina ou aminoglicosídeos.

3.2. Serão analisadas, individualmente, situações como a faixa etária do paciente, transtornos psicológicos, patologias prévias e uso de determinados medicamentos.

#### **4. Dos cuidados ANTES do procedimento:**

- Responder com honestidade à ficha de anamnese;
- Não utilizar nenhum produto tópico na região tratada no dia do procedimento;
- Evitar bebidas alcoólicas na véspera, conforme orientação médica;
- Não utilizar ácido noturno um dia antes e no dia do procedimento, conforme orientação médica;
- Informar o uso de medicamentos com ácido acetil salicílico;
- Informar preenchimentos prévios;
- Informar tratamentos para trombozes e varizes;
- Não utilizar medicamentos anticoagulantes na semana anterior ao tratamento, conforme orientação médica;
- Usar filtro solar, conforme orientação médica.

#### **5. Dos cuidados APÓS o procedimento:**

- Seguir rigorosamente a orientação médica;
- Evitar exposição solar, frio e calor extremos;
- Não massagear a área tratada, durante o tempo orientado pelo médico responsável;
- Usar filtro solar;
- Manter os curativos, quando necessários, por 05 dias;
- Não deitar sobre a área tratada por 12 horas;
- Evitar movimentos bruscos, que traumatizem o local da aplicação;
- Ter cautela ao utilizar medicamentos tópicos, obedecendo orientação médica.

#### **6. Do compromisso com o tratamento:**

**6.1.** Comprometo-me a seguir à risca todas as orientações prestadas pelo profissional, adotando todos os cuidados anteriores e posteriores ao tratamento, tendo sido cientificado de que qualquer omissão ou desídia quanto aos cuidados poderão me trazer prejuízos, comprometendo o resultado e podendo, inclusive, causar sequelas e acarretar danos à minha saúde.

**6.2.** Estou ciente de que o sucesso do tratamento não depende exclusivamente da atuação do profissional. Para tanto, devo fazer minha parte, seguindo todas as recomendações passadas pelo mesmo.

**6.3.** Estou ciente de que devo comparecer às consultas previamente agendadas, sendo de minha inteira responsabilidade o não comparecimento nas mesmas e suas consequências.

**6.4.** A duração do tratamento depende da região a ser tratada. Poderá ser considerado como 04 semanas para hidratação de pele, e de 06 à 18 meses para produtos de preenchimento e revolumização. O pagamento contempla uma aplicação e eventual reaplicação, caso seja feita em tempo inferior à 01 mês.

#### **7. Da inexistência de promessa de resultado:**

**7.1.** Estou ciente de que o grau de resultado não pode ser previsto ou garantido pelo profissional, pois isso depende da reação fisiológica de cada paciente. Sendo assim, o bom resultado, embora almejado, não pode ser garantido em sua totalidade, devido à capacidade reacional de cada indivíduo.

**7.2.** O profissional se compromete em empregar todos os meios disponíveis, bem como a melhor técnica, em busca do melhor resultado possível.

**7.3. Estou ciente de que poderão haver alterações subsequentes no corpo devido ao processo natural de envelhecimento, gestação, perda ou ganho de peso, força da gravidade e demais fatores normais do cotidiano, que podem alterar o resultado obtido com o tratamento e que não há como prever o tempo de duração dos resultados.**



**Dr. Ferrer Pardo**  
Cirurgia Plástica

**Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez**  
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872  
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica  
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery  
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá  
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica  
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

### **8. Do compartilhamento de dados:**

**8.1.** Declaro ter recebido explicações suficientes acerca da necessidade e importância do compartilhamento dos meus dados sensíveis, a fim de possibilitar um melhor tratamento clínico, procedimental e cirúrgico do meu caso.

**8.2.** Assim sendo, autorizo, na forma do art. 11 da Lei nº 13.709/2018 (LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados), que o médico compartilhe os meus dados com quem julgar necessário, a fim de possibilitar o meu tratamento.

### **9. Da autorização para uso da imagem:**

Estou de acordo que sejam tiradas fotos das regiões a serem tratadas, antes e depois do tratamento, podendo estas serem publicadas em trabalhos científicos, congressos, revistas, jornais, livros e em outros meios, numa visão geral, **desde que resguardado o sigilo de minha identidade.**

### **10. Das Considerações Finais:**

**10.1.** Declaro ter sido informado e esclarecido, tendo compreendido todas as informações que me foram pessoalmente prestadas pelo profissional, de forma oral e por escrito, confirmando que me foi dada a oportunidade para fazer questionamentos e esclarecer dúvidas.

**10.2.** Declaro, ainda, que estou ciente do propósito do tratamento, que seus benefícios são limitados e dependentes de fatores já mencionados e que sempre haverá riscos de complicações, como em qualquer tratamento estético.

**10.3. O procedimento não é indicado em caso de impossibilidade técnica de se alcançar o resultado almejado ou de expectativa irreal do paciente.**

**10.4.** Sendo assim, aceito os riscos e possíveis complicações inerentes ao tratamento, desejando, por minha livre e esclarecida vontade, submeter-me ao mesmo.

**10.5.** Declaro, em prontuário, que são verdadeiras as informações prestadas na ficha de anamnese sobre uso de drogas (orais ou por outras vias), alergias, tabagismo, álcool e outras informações que sejam importantes. **Se fumante, fui esclarecido sobre as complicações e dificuldades decorrentes deste fato.**

**10.6.** Tenho conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá me trazer prejuízos e comprometer o tratamento a que me submeto, podendo, inclusive, acarretar danos à minha saúde.

**10.7.** Declaro, por fim, ter lido e compreendido todos os itens contidos no presente documento, bem como ter com eles integralmente concordado, e **expresso o meu consentimento livre e esclarecido para realização do tratamento proposto.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do paciente ou responsável**

### **TESTEMUNHAS:**

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



## PREENCHIMENTO E REVOLUMIZAÇÃO COM ÁCIDO HIALURÔNICO INJETÁVEL

### 1) IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE (ou de seu representante legal)

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**2) INFORMAÇÕES GENÉRICAS:** O ácido hialurônico é encontrado em todos os seres humanos, animais e em plantas. Os produtos utilizados para harmonizar o volume facial, ou preencher sulcos, são resultantes de fermentação biológica, sendo altamente purificados e hipoalergênicos.

**3) INDICAÇÕES:** Para melhorar a hidratação da pele, preencher sulcos faciais e readequar volumes faciais.

**4) MODO DE AÇÃO:** O produto é injetado por meio de seringa e agulha estéreis, em profundidade adequada, na pele, aumentando o turgor da pele e/ou o volume da face.

**5) MODO DE APLICAÇÃO E APARÊNCIA:** O gel contendo o ácido hialurônico é um gel transparente e vem já envasado na seringa, em blister, já próprio para uso. O produto é aplicado diretamente no local desejado, após assepsia.

### 6) CUIDADOS NECESSÁRIOS:

- Não massagear os locais de aplicação
- Uso de protetor solar é recomendado
- Manter os curativos, quando necessário por 5 dias
- Não deitar por sobre a área tratada por 12 horas.

**7) EFEITOS COLATERAIS E RISCOS:** como todo procedimento injetável podem ser observadas equimoses no local na punctura e edemas de pequena monta podem ocorrer. Todos os efeitos são temporários. EMBORA INFREQUENTES, podem ser observados:

- Equimoses
- Edemas
- Vermelhidão.

Os seguintes fatores devem ser fielmente comunicados ao seu médico, antes de você submeter-se ao procedimento:

- Uso de medicamentos com ácido acetil salicílico;
- Preenchimentos prévios;
- tratamentos para trombozes e varizes.

**8) DURAÇÃO DO EFEITO:** a duração do tratamento é dependente da região a ser tratada e das características do produto. De uma maneira geral a visualização do resultado pode ser considerado como 4 semanas para hidratação da pele, e de 6 meses a 18 meses para produtos de preenchimento e revolumização. Cada pagamento contempla somente uma aplicação e uma eventual reaplicação, caso esta seja feita em tempo inferior a um mês.

**DECLARO QUE LI E ENTENDI** as informações acima, e que antes de aceitar o tratamento de *PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO*, tive a oportunidade suficiente para discutir e questionar sobre o mesmo, esclarecendo minhas dúvidas. Autorizo, também, que sejam feitas fotografias minhas para análise comparativa do resultado obtido, bem como para uso legal e científico. Comprometo-me a seguir, rigorosamente, todos os cuidados prescritos por meu médico, especialmente evitando me expor ao sol e às radiações ultravioletas em geral.

**Tenho consciência de que o bom resultado final também depende de mim.**

## DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU, ....., declaro que li e entendi as informações acima, e que antes de optar pelo uso do produto, tive oportunidade suficiente para discutir e questionar sobre ele. Assim, dou meu consentimento para que o(a) Dr.(a) ....., e sua equipe, realizem em mim o *PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO*, acima mencionado, bem como os cuidados e tratamentos médicos necessários, dele decorrentes.

Observações: .....

.....

Local: ..... Data: .....

.....  
Assinatura (pcte.)

Testemunha 1. .... CPF ou RG: .....  
(nome)

Testemunha 2. .... CPF ou RG .....  
(nome)