

Termo de Consentimento Informado para Luz Pulsada

Declaro ter recebido orientações a respeito da Luz Pulsada, a qual trata-se de uma tecnologia que permite o tratamento de várias não conformidades estéticas através do uso da emissões de luz com características específicas.

O tratamento consiste em aplicações com intervalos variáveis de acordo com a condição clínica de cada cliente, lembrando que diante das condições variáveis de cada indivíduo, sessões adicionais poderão ser necessárias.

Estou ciente que a Luz Pulsada pode ser utilizada para foto rejuvenescimento, manchas solares (melanoses), lentigos (manchas senis), sardas (efélides), microvasos, telangiectasias, rosácea, estrias recentes ou vermelhas, acne ativa e epilação.

Tratamentos com a Luz Pulsada esta contra indicado para **peles bronzeadas**, gestante, lactantes ,portadores de doenças autoimunes ou que piorem com a exposição à luz (lúpus), patologias de pele, herpes labial recorrente, epilepsia, diabetes não controlado, alterações da coagulação sanguínea, tumores malignos de pele, tendência à queloides.

Me comprometo a ser fiel quanto as informações fornecidas, pois a omissão por minha parte de informações como bronzeamento e outros que podem incorrer em queimaduras e manchas. Isentando neste ato os profissionais envolvidos no procedimento.

Assim afirmo que fui devidamente orientado(a) quanto a importância de não me expor ao sol durante o tratamento e fazer uso sistemático do **PROTETOR SOLAR** no pós-tratamento. Comprometo-me a seguir todas as orientações e a fazer uso dos produtos prescritos, respeitando os horários indicados.

Para este procedimento não houve promessas de resultado, uma vez que cada paciente tem uma resposta frente a esta técnica. Tenho ciência de que o resultado do procedimento também esta subordinado ao meu comportamento e disciplina diante das orientações recebidas.

Expresso assim minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento.

Goiânia, ____ de _____ de 20____

Cliente