

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## EQUIPAMENTO ONDA



### Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

PROFISSIONAL	REGISTRO
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O procedimento Equipamento Onda me foi explicado minuciosa e especificadamente equipe médica, por isso entendo que:

O equipamento Onda possui uma ação regeneradora e tonificante, porém não invasiva e eficaz ao longo do tempo. O procedimento tem como objetivo reduzir os depósitos de gordura localizada em no corpo, começando pelo abdómen, coxas, ancas e área submental.

O procedimento pode ser realizado como substituto da Radiofrequência, para a tonificação da pele, como alternativa ou em combinação com técnicas tradicionais como a criolipólise ou a lipoaspiração.

### 1. ME FOI EXPLICADO E ENTENDO QUE:

1.1



cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado. A melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente após um determinado período, a depender do organismo de cada paciente;

1.2



o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e dos cuidados após o procedimento e, além disso, varia de acordo com os hábitos de vida de cada paciente tais como tabagismo, uso de medicamentos, atividades físicas e perda e/ou ganho de peso.

acordo do paciente

### 3. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 3.1 a equipe médica, não pode garantir resultado específico, pois cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a tais procedimentos. Mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 3.2 o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do procedimento, podem comprometer o resultado do tratamento médico. Entendi que a interrupção do uso do tabaco, de drogas e/ou álcool não cessam os malefícios do uso prévio, apenas reduzem a probabilidade de interferir nos resultados.

\_\_\_\_\_

acordo do paciente

### 4. DECLARO AINDA:

- 4.1. não estar em período gestacional, tampouco qualquer desconfiância de gravidez. Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez;

\_\_\_\_\_

acordo do paciente

**O paciente não precisa de cuidados especiais depois da sessão, ou seja, a pessoa pode retornar à rotina normal imediatamente, já que não há necessidade de repouso.**



## **SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:**

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário médico e discussão do caso clínico com outros colegas médicos. Fica explícito ainda, que o compartilhamento de imagens, tratamento de dados e outros, se dará somente entre a equipe multidisciplinar e médico assistente deste procedimento.

**Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.**

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

\_\_\_\_\_   
acordo do paciente

**Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo**, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

**Importante:** em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Dr.