

Nº DE CONTRATO:



**TERMO DE CIÊNCIA DE INFORMAÇÕES sobre os cuidados PRÉ e PÓS tratamento de depilação**

**CUIDADOS ANTES DA DEPILAÇÃO:**

- 1) A pele deve estar sã, sem nenhum tipo de lesão no local que será realizado o tratamento;
- 2) O comprimento do pelo deve estar sempre com 2 milímetros para fora da pele, na qual a cliente deve estar preparada antes da sessão, sendo terminantemente PROIBIDO o uso de lâminas e/ou aparadores de pelo no dia da sessão pela equipe Não+Pelo;
- 3) A pele deve estar limpa, sem a presença de creme, perfume ou desodorante;
- 4) Sempre comunicar a equipe Não+Pelo sobre uso de medicamentos tópicos ou orais;
- 5) Não fazer uso de medicação 24h antes do tratamento, exceto medicação de uso contínuo com autorização médica;
- 6) Não ter se exposto ao sol ou bronzeamento artificial por 48hs antes do SUN&SAFE;
- 7) Realizar constante hidratação da pele com creme Não+Pelo;
- 8) Caso faça exercícios físicos, realizá-los sempre antes da sessão;
- 9) Sempre comunicar com antecedência a equipe Não+Pelo, no caso de realização de qualquer tratamento estético, uso de medicação e/ou cirurgia.

**CUIDADOS APÓS DA DEPILAÇÃO**

- 1) Voltar ao uso de medicações após 24hs da sessão de depilação, exceto medicamentos de uso contínuo com autorização médica;
- 2) Somente se expor ao sol ou bronzeamento artificial após 48h da sessão de SUN&SAFE, se a pele estiver saudável.
- 3) Não usar roupas justas na região tratada por 24h;
- 4) Evitar banhos quentes no dia da sessão;
- 5) Fazer sempre o uso de Protetor Solar;
- 6) Manter a pele sempre hidratada com o creme Não+Pelo;
- 7) Comunicar sempre a equipe Não+Pelo sobre qualquer tipo de reação local;
- 8) Não usar nenhum produto com álcool (creme, desodorante, perfume, etc ) por 24h na região em que foi realizada a sessão.

**DECLARAÇÃO CLIENTE**

Declaro que a **PROFISSIONAL:** , da **UNIDADE NÃO+PELO** , forneceu-me todas as explicações e informações relacionadas ao Tratamento de depilação no dia  de  de .

**E, assim, o CLIENTE firma o presente TERMO DE CIÊNCIA DE INFORMAÇÕES, para todos os fins de direito.**

ASSINATURAS:

\_\_\_\_\_  
CLIENTE Confirmando as informações acima descritas.

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL (MENOR DE IDADE)

\_\_\_\_\_  
TÉCNICA

**Se o cliente é menor de idade**, nós, os pais do menor, consentimos que realize o tratamento e confirmamos o anteriormente dito. **IMPORTANTE:** Ademais, declaro havermos sido avisados (o menor e o signatário responsável) de que diante da idade do cliente, correspondente a faixa etária de transformações hormonais, o tratamento pode diminuir fortemente sua eficiência.