TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Profissional responsável:

Eu, , nacionalidade , estado civil , profissão ,residente , nº , Complemento , Bairro , localizado no município de /**RO ou AC**, DECLARO estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, que fui previamente informado pelo Fisioterapeuta, Dr(a). , registrado(a) no CREFITO-18 sob o nº , acerca do meu estado de saúde funcional, bem como declaro, que recebi deste(a) todos os esclarecimentos necessários no que se refere ao diagnóstico e/ou os objetivos da assistência fisioterapêutica para o tratamento ao qual serei submetido, tendo este cumprido o dever que lhe é imposto no art. 14, inciso V, da Res. COFFITO nº 424/2013.

Declaro, ainda, ter sido informado (a), de forma clara acerca da finalidade, riscos e benefícios de referido o tratamento, bem como dos efeitos colaterais e outras anormalidades e intercorrências que poderão advir do mesmo.

Concordo com todas as informações descritas acima.

**LOCAL**, de de .

Assinatura do paciente