

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO  
DO CLIENTE/PACIENTE PARA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA OCUPACIONAL EM GRUPO**

Eu, \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, localizado no município de \_\_\_\_\_/MG, nesta data com \_\_\_\_\_ anos de idade, **DECLARO estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, que fui previamente informado por meu/minha Terapeuta Ocupacional, Dr(a). \_\_\_\_\_, registrado(a) no CREFITO-4 sob o nº \_\_\_\_\_, acerca do meu estado de saúde funcional, bem como declaro, também, que recebi deste(a) todos os esclarecimentos necessários no que se refere ao diagnóstico e/ou os objetivos da assistência terapêutica para o tratamento ao qual irei me submeter, em atenção ao que dispõe o art. art. 14, inciso V da Res. COFFITO nº 425/2013.**

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.

Assim sendo, concordo em me submeter ao tratamento EM GRUPO e, para tanto, assino o presente documento na presença de duas testemunhas.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(cidade/estado, data)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

Testemunha: Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

Testemunha: Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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