

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO
DO CLIENTE/PACIENTE PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA INDIVIDUALIZADA**

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 Fisioterapeuta, 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 fisioterapêutico e/ou os objetivos da assistência fisioterapêutica para o tratamento ao qual irei me submeter,** 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.

Assim sendo, concordo em me submeter INDIVIDUALMENTE ao tratamento proposto 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: _____