**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do documento de identidade número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado (a) sobre as diferentes técnicas da Medicina Chinesa que poderão ser aplicadas durante os atendimentos ou recomendadas como, por exemplo, *agulhamento, ventosa, guasha, moxabustão, laser, sangria, estímulos elétricos ou magnéticos, auriculoterapia, tuiná, fitoterapia, dietoterapia*, etc.

Estou ciente que sou responsável por informar previamente ao terapeuta (mesmo quando não questionado) nos caso de:

• Gestação ou com suspeita de gravidez;   
• Uso de aparelho marca-passo;   
• Presença de próteses ou implantes metálicos;   
• Diagnóstico de câncer, doença auto-imune e outras patologias graves;   
• Diabetes e/ou hipertensão arterial;  
• Alteração na coagulação sanguínea de qualquer natureza ou causa;   
• Uso de medicamentos/suplementos;  
• Qualquer outra informação que for pertinente (doenças em geral ou infecto-contagiosas, por exemplo);  
• Qualquer sensação, dor ou mal-estar durante o atendimento.

De acordo com a estratégia de tratamento definida, podem acontecer algumas reações e/ou efeitos colaterais durante ou após cada atendimento, tais como:

• Hematomas, bolhas e inchaços nos locais de aplicação;   
• Sonolência após o tratamento;   
• Sensação de dor ou de dormência após o tratamento;  
• Queimaduras locais;   
• Pequenos sangramentos;   
• Lipotimia, náuseas e vômitos.

Informo que **autorizo** a realização de qualquer terapêutica acima. Responsabilizo-me pelas informações dadas. A minha assinatura indica que li, entendi e aceito a realização dos procedimentos.   
  
Observações:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizo o registro de imagens e vídeos do meu tratamento para fins de divulgação: ( ) Sim; ( ) Não.

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_