**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do documento de identidade número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo menor   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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, tuina, *agulhamento, ventosa, guasha, moxabustão, laser, sangria, estímulos elétricos ou magnéticos, auriculoterapia, fitoterapia, dietoterapia*, etc.

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

• 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 percebido 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;   
• Febre, liberação de catarro, náuseas, vômitos e etc;  
• Sensação de dormência após o tratamento;  
• Queimaduras locais;   
• Pequenos sangramentos;  
• Alergia, hiperemia e outras alterações na pele.

Informo que **autorizo** a realização de qualquer terapêutica acima descrita. 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 tratamento do menor para fins de divulgação:

( ) Sim; ( ) Não.

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_