

**ATENÇÃO! Proceder com o download ou cópia do documento para realizar as edições necessárias.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**  
**CONDUTA TERAPÊUTICA OCUPACIONAL**

*Em cumprimento ao artigo 10º, inciso II, alínea “d” e artigo 14º, inciso V, da Resolução COFFITO nº 425/2013.*

**Dr(a).** *inserir dado*

**CREFITO-3 nº:** *inserir dado*

**Email:** *inserir dado*

**Paciente:** *inserir dado*

**Idade:** *inserir dado*

**Responsável Legal:** *inserir dado*

**DECLARO**, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, que fui previamente informado por meu/minha Terapeuta Ocupacional, de forma clara, acerca do meu estado de saúde funcional.

**DECLARO**, ainda, que recebi deste(a) todos os esclarecimentos necessários sobre o tratamento terapêutico ocupacional, finalidade, riscos e benefícios do referido tratamento, bem como dos efeitos colaterais e outras intercorrências que poderão advir do mesmo, conforme especificado abaixo:

<b>Diagnóstico/prognóstico terapêutico ocupacional:</b>	<i>Descrever o diagnóstico e o prognóstico.</i>
<b>Procedimento terapêutico ocupacional:</b>	<i>Descrever o método, técnica ou recurso.</i>
<b>Segmento/área do corpo a ser tratado:</b>	<i>Descrever o(s) segmento(s) ou área(s) do corpo em que serão aplicados os procedimentos acima listados.</i>
<b>Objetivos do tratamento terapêutico ocupacional:</b>	<i>Descrever os objetivos que pretende alcançar durante o tratamento.</i>
<b>Possíveis efeitos colaterais:</b>	<i>Descrever possíveis efeitos colaterais, por exemplo, dor.</i>
<b>Modalidade de atendimento:</b>	<i>Exemplo: individual, grupo, teleatendimento.</i>
<b>Frequência de atendimento:</b>	<i>Exemplo: 2x na semana, 3x na semana, etc.</i>
<b>Informações complementares</b>	<i>Caso seja necessário.</i>

Por fim, **DECLARO** que as informações acima são suficientes para a compreensão do tratamento terapêutico ocupacional e, assim sendo, concordo em me submeter ao tratamento proposto e, para tanto, assino o presente documento.

*Cidade, data, ano.*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do terapeuta ocupacional