



CONSENTIMENTO DE IRIDOLOGIA

BIODESK - Sistema de Gestão Clínica

Dr. Nuno Correia - Naturopata

Dados do Documento

Paciente: Teste

Data: 07/08/2025

Tipo: Iridologia

CONSENTIMENTO INFORMADO – IRIDOLOGIA

Nome: Teste

Data de Nascimento: 01/01/1920

Idade: 105 anos

Data: 07/08/2025

Eu, Teste, abaixo assinado(a), declaro que fui devidamente informado(a) sobre a natureza, objetivos e limites da avaliação iridológica a que serei submetido(a).

Compreendo que:

A Iridologia consiste na observação e análise visual das estruturas da íris, com o objetivo de identificar padrões constitucionais, tendências ou desequilíbrios funcionais, não se destinando ao diagnóstico de doenças, nem à substituição de exames médicos convencionais;

O procedimento pode envolver a utilização de dispositivos de ampliação e/ou fotografia digital dos olhos, assegurando sempre o máximo respeito pela minha privacidade e integridade;

Nenhum contacto físico invasivo é realizado, podendo, ocasionalmente, ser necessário um leve ajuste manual da pálpebra ou iluminação, sempre de

modo profissional e respeitoso;

Os dados recolhidos (imagens e observações) são tratados com total confidencialidade e não serão partilhados com terceiros sem o meu consentimento explícito;

Devo informar previamente o terapeuta sobre condições oculares conhecidas (ex: glaucoma, cirurgias, infeções, alergias, uso de lentes de contacto ou outros antecedentes relevantes), para garantir a minha segurança;

Não será imputada responsabilidade ao terapeuta por reações decorrentes de informações omissas, desconhecidas ou incompletas da minha parte;

Estou ciente de que a Iridologia é uma ferramenta de avaliação complementar, não representa por si só diagnóstico médico nem prescrição de tratamentos farmacológicos.

Consinto de forma livre, informada e esclarecida na realização da avaliação iridológica proposta, podendo colocar questões ou recusar o exame, parcial ou totalmente, a qualquer momento.

Tenho o direito de revogar este consentimento em qualquer fase do processo, por via verbal ou escrita, sem necessidade de justificar e sem qualquer prejuízo para o meu acompanhamento posterior.

Data do consentimento: 07/08/2025

Paciente: Teste

ASSINATURAS

PACIENTE

Teste

Data: 07/08/2025

TERAPEUTA

Dr. Nuno Correia

Data: 07/08/2025



Documento gerado digitalmente em 07/08/2025

Este documento requer assinatura eletrônica ou física para ser válido