

ANULADO

CONSENTIMENTO INFORMADO NATUROPATIA



DOCUMENTO ANULADO em 18/08/2025 19:38

Nome: Teste

Data de Nascimento: 01/01/1920

Contacto: 964 778 426

Email: nfjpcorreia@gmail.com

Data do Consentimento: 18/08/2025

Motivo: t

CONSENTIMENTO INFORMADO – NATUROPATIA

Nome: Teste

Data de Nascimento: 01/01/1920

Idade: 105 anos

Data: 18/08/2025

Eu, Teste, abaixo assinado(a), declaro que fui devidamente informado(a) sobre a natureza, objetivos, benefícios esperados e possíveis limitações da abordagem terapêutica naturopática que me será aplicada.

Compreendo que a Naturopatia utiliza métodos naturais e não invasivos, tais como fitoterapia, homeopatia, suplementação nutricional, mudanças de estilo de vida, técnicas manuais e energéticas, visando a promoção da autorregulação e equilíbrio do organismo.

Declaro estar ciente de que:

Esta intervenção não substitui o acompanhamento médico convencional, exames clínicos, nem qualquer diagnóstico médico;

Podem ocorrer reações naturais do organismo, como eliminação de toxinas, alterações do sono, humor ou trânsito intestinal;

Existe a possibilidade de interações medicamentosas, caso eu esteja sob terapêutica farmacológica;

É da minha responsabilidade comunicar condições médicas pré-existentes, histórico de doenças, gravidez, alergias conhecidas, medicamentos em uso ou qualquer informação relevante para a minha segurança;

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

A terapêutica poderá incluir toques leves em zonas anatómicas específicas, estritamente com fins terapêuticos e respeitando sempre os princípios éticos e profissionais. Caso em algum momento me sinta desconfortável, posso interromper o procedimento de imediato;


Entendo que não existe garantia de cura ou resultados específicos, variando de pessoa para pessoa.



Consinto de forma livre, esclarecida e voluntária na realização das intervenções naturopáticas propostas pelo terapeuta responsável, com pleno conhecimento dos seus objetivos e limites.

Tenho o direito de revogar este consentimento a qualquer momento, por via verbal ou escrita, sem necessidade de justificação e sem prejuízo para o acompanhamento posterior.

Data do consentimento: 18/08/2025

Paciente: Teste

ASSINATURAS:  DOCUMENTO ANULADO em 18/08/2025 19:38
Motivo: t

| | |
|---|---|
| Paciente: | Terapeuta: |
| Teste | Dr. Nuno Correia |
|  |  |
| Data: 18/08/2025 | Data: 18/08/2025 |