

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Bio-Ressonância Harmônica

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
BIO-RESSONÂNCIA HARMÔNICA

Eu, Débora Mariane da Silva Lutz, declaro
estar ciente que:

1. A Bio-Ressonância Harmônica é uma tecnologia em desenvolvimento científico.
2. Os procedimentos são não-invasivos e baseados em frequências sonoras.
3. Posso interromper a sessão a qualquer momento, sem prejuízo.
4. Meus dados serão utilizados apenas para fins terapêuticos e de pesquisa.
5. Não há garantias de resultados específicos.
6. Esta terapia complementa, mas não substitui tratamentos médicos.

Palhona, 13 de setembro de 2025

Déborahutz

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bio-Ressonância Harmônica - Terapia Complementar

I - IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome completo: Débora Mariane da Silva Lutz

CPF: 071.658.239-21

RG: 5.433-993

Endereço: Rua Najla Carone Goedert. 27, apto 804, Pagani, Palhoça, SC, BR. 881320-150

Telefone: 48 999681013

E-mail: admin@deboralutz.com

II - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente instrumento, declaro que:

1. DO ESCLARECIMENTO

1.1. Fui devidamente informado(a) sobre a natureza, objetivos e procedimentos da Bio-Ressonância Harmônica;

1.2. Compreendo que se trata de terapia complementar em desenvolvimento científico, baseada em princípios de física quântica e campos vibratórios;

1.3. Estou ciente de que os procedimentos são não-invasivos, utilizando exclusivamente frequências sonoras e vibracionais.

2. DA NATUREZA COMPLEMENTAR

2.1. Reconheço que esta terapia NÃO substitui tratamento médico convencional;

2.2. Comprometo-me a manter todos os tratamentos médicos e medicamentos prescritos;

2.3. Entendo que a Bio-Ressonância Harmônica não tem por objetivo diagnosticar, tratar, curar ou prevenir doenças específicas.

3. DOS DIREITOS DO PARTICIPANTE

3.1. Poderei interromper a sessão a qualquer momento;

3.2. Poderei desistir do tratamento sem necessidade de justificativa;

3.3. Não sofrerei qualquer prejuízo ou penalização por eventual desistência;

3.4. Terei acesso aos meus dados e registros quando solicitado.

4. DA CONFIDENCIALIDADE

4.1. Todos os dados pessoais serão mantidos em sigilo profissional;

4.2. As informações poderão ser utilizadas para fins de pesquisa científica, preservando-se o anonimato;

4.3. Autorizo o registro das sessões para acompanhamento terapêutico e aperfeiçoamento da técnica.

5. DAS RESPONSABILIDADES DO PARTICIPANTE

- 5.1. Comprometo-me a informar alterações no estado de saúde;
- 5.2. Comunicarei mudanças em medicações em uso;
- 5.3. Informarei gestação ou suspeita de gestação, se aplicável;
- 5.4. Relatarei desconfortos durante ou após as sessões.

6. DOS POSSÍVEIS EFEITOS

Fui informado(a) sobre possíveis sensações, incluindo mas não limitadas a:

- Relaxamento profundo
- Sonolência temporária
- Alterações sensoriais leves
- Liberação emocional
- Sensação de bem-estar

7. DA AUSÊNCIA DE GARANTIAS

- 7.1. Compreendo que não há garantia de resultados específicos;
- 7.2. Entendo que a resposta ao tratamento é individual e variável.

III - DECLARAÇÃO FINAL

Declaro que:

- Li e compreendi integralmente este termo;
- Tive oportunidade de esclarecer todas as dúvidas;
- Concordo voluntariamente em participar;
- Recebi uma via deste documento.

Local: Palhoça

Data: 13 de setembro de 2025

Assinatura do Participante