

TERMO DE CONSENTIMENTO

SISTEMA SUPER INDUTIVO



Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O procedimento com SIS, me foi minuciosa e especificadamente explicado, por isso, entendi que:

O SIS – SISTEMA SUPER INDUTIVO é um tratamento que utiliza tecnologia de campo magnético de alta intensidade, a energia eletromagnética é gerada com faixa de frequência entre 60 e 150 Hz para dores subagudas e agudas e 10Hz para dores crônicas. O tratamento é caracterizado como uma terapia que age na gestão da dor aguda ou crônica de qualquer etiologia.

O procedimento tem como principal objetivo deste tratamento é melhorar ou restaurar a função e qualidade do tecido doente, quais sejam: articulações, ossos ou tendões e músculos. O procedimento é realizado, quando indicado, como viés para a não intervenção com procedimentos cirúrgicos mais agressivos ou de grande porte.

1. A EQUIPE MÉDICA ME DEIXOU CLARO QUE:

1.1



cada organismo reage de forma específica e, por isso, **não é possível prever e/ou garantir o resultado**. A melhora proporcionada pelo tratamento ocorrerá gradualmente, a depender do organismo de cada paciente;

1.2



os resultados serão alcançados a depender das recomendações terapêuticas e do número de sessões semanais realizadas pelo paciente.

2. DECLARO AINDA:

2.1. não estar em período gestacional ou de lactação, tampouco qualquer desconfiância de gravidez.

| Foi-me amplamente alertado que não é indicada a realização do procedimento durante a gravidez e/ou durante a amamentação;

2.2. que não possuo qualquer implante metálico;

2.3. não ter diagnóstico de tumor ou doença autoimune.

acordo do paciente

3. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 3.1 a médica ou a sua equipe, **não podem garantir resultado específico através da medicina**, pois cada paciente possui características distintas e cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a esse tipo de procedimento. Mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 3.2 o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do tratamento, podem comprometer o resultado do tratamento médico;
- 3.3 ficam sob minha responsabilidade qualquer despesa hospitalar e médica gerada em virtude de internação ou intervenções por intercorrência médica.

acordo do paciente



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário médico e discussão do caso clínico com outros colegas médicos. Fica explícito ainda, que o compartilhamento de imagens, tratamento de dados e outros, se dará somente entre a equipe multidisciplinar e médico assistente deste procedimento.

Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

acordo do paciente

Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

Importante: em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

_____, _____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/