**TÍTULO DE ESPECIALISTA PROFISSIONAL EM PICS DO GEFA-MTC**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Nome Completo: DN: Idade:

Endereço:

Profissão: Nº do Registro de Classe:

CPF RG: Telefone:

Eu, acima qualificado, DECLARO sob a pena da Lei, que são verdadeiras todas as informações, documentos e dados emitidos sobre a minha formação e trajetória acadêmica e profissional para obtenção do título de especialista do GEFA-MTC, sendo responsável Civil e Criminalmente e por qualquer problema futuro que possa resultar deste ato, podendo responder inclusive pelo crime de falsidade ideológica previsto no Art. 299 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848/1940).

Assim, afirmo que me dedico ao estudo e a prática das PICS há \_\_\_\_\_\_\_ anos, tendo iniciado essa jornada no ano de \_\_\_\_\_\_\_, com o curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, realizado em\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nesse sentido, atendo com PICS no endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e, indico, abaixo, os nomes e contatos de três pacientes por mim atendidos e que podem ser contatados para averiguação. Segue em anexo os termos de consentimentos destes pacientes autorizando compartilhar os seus dados e permitindo que o GEFA-MTC possa consultá-los a qualquer momento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome completo do paciente/interagente | Telefone | PICS utilizada |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Local e Data:

Assinatura do profissional:

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA COMPARTILHAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DE ATENDIMENTO (1 TERMO PARA CADA PACIENTE)**

Nome Completo do paciente/interagente:

Endereço:

Telefone:

Email:

Eu, acima qualificado, AUTORIZO o profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a compartilhar os meus dados pessoais e de atendimento com o **Grupo de Estudos em Fonoaudiologia, Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (GEFA-MTC),** para fins de averiguar a veracidade das informações e dados emitidos para obtenção do título de especialista do GEFA-MTC.

Nesse sentido, confirmo sob pena da Lei que fui devidamente atendido pelo profissional supracitado com a terapia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

bem como que o GEFA-MTC poderá me contatar, a qualquer momento, virtual ou presencialmente, por telefone ou qualquer outo meio, para coletar maiores informações sobre o respectivo atendimento e seus efeitos.

Local e Data:

Assinatura: