**Termo de Consentimento de Observação Clínica – Paciente**

Eu, [nome do(a) terapeuta ocupacional], na qualidade de paciente de [nome do(a) terapeuta ocupacional], terapeuta ocupacional sob inscrição de número [número de inscrição do CREFITO], através deste termo; autorizo de forma livre e voluntária o(a) [nome do acadêmico], acadêmico(a) do [ordem do período] período do curso de graduação de Terapia Ocupacional da Faculdade Guilherme Guimbala, a observar minha sessão terapêutica ocupacional no período de [data], para fins de seu desenvolvimento acadêmico, como parte do seu processo formativo complementar.

Eu, [nome do acadêmico], na qualidade de acadêmico(a) do [ordem do período] período do curso de graduação de Terapia Ocupacional da Faculdade Guilherme Guimbala, me comprometo em respeitar os aspectos éticos da relação terapêutica, mantendo o anonimato do paciente acima referido ou de qualquer informação que o possa identificá-lo, fazendo uso restrito das informações para minha formação acadêmica.

Este termo declara ainda que a prática de observação clínica ocorrida no período referido não se caracteriza como estágio curricular e ocorre de forma voluntária.

Em acordo, as partes assinam este termo, impresso em duas vias.

Joinville/SC, [dia] de [mês] de [ano].

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente observado

CPF:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terapeuta Ocupacional (responsável técnico)

[carimbo do terapeuta ocupacional]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acadêmico(a) de Terapia Ocupacional