

AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PSICOTERAPÊUTICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (MENORES DE 18 ANOS)

Eu, _____, data de nascimento: ____/____/____,
portador (a) do documento de identidade nº: _____,
domiciliada(o) à: _____
_____, responsável legal pela(o) criança/adolescente: _____
_____, data de nascimento:
____/____/____, portador(a) do documento de identidade nº: _____,

autorizo a profissional **Amanda Ribeiro Brum**, psicóloga, sob registro **CRP 05/57096** a realizar acompanhamento psicoterapêutico e os encaminhamentos cabíveis. Todas as intervenções e documentos produzidos serão regidos pelos dispositivos legais vigentes, em especial pelo disposto na Resolução CFP nº 10, de 2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo), bem como pelas demais Resoluções da Psicologia relacionadas ao exercício da profissão. Em especial, serão garantidos à(s) criança(s) ou adolescente(s) o sigilo das informações e a preservação da dignidade e da intimidade durante a prestação dos serviços de que trata esta autorização.

_____, ____ / ____ / ____
(Cidade) / (Data)

Assinatura do(a) Responsável Legal
(preferencialmente por GOV.BR)

Nome completo do(a) Responsável Legal

Amanda Ribeiro Brum, CRP 05/57096

Documento de autorização – uso exclusivo para fins de acompanhamento psicoterapêutico.

