[LOGOMARCA]

**AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO "ONLINE" PARA MENORES DE 18 ANOS**

Cidade, dia, mês e ano vigente.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente à rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nº\_\_\_\_\_, bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Na qualidade de (pai/ mãe/tutor legal), autorizo o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a receber o atendimento psicológico “online" com o Psicólogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito sob o nº CRP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para isto, disponibilizarei ao meu filho(a) (ou tutelado), um computador com internet. Além de, providenciar um local com total privacidade e respeitar o sigilo profissional das sessões marcadas com horário e local pré-estabelecidos. Assino abaixo com firma reconhecida em cartório e dou fé nesta autorização.

Atenciosamente,

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

Assinatura do responsável