

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(o) profissional _____, psicóloga(o), sob registro CRP ____/____ 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)

Responsável Legal pela Criança ou Adolescente

Nome Completo com Registro e o carimbo da(o) Psicóloga(o)