

Instituto  
**MADIBA**

**AUTORIZAÇÃO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO  
- ALUNO MENOR DE IDADE**

Eu Saio Victor de Carvalho portador do RG  
nº \_\_\_\_\_, inscrito sob o CPF  
nº 146.255.466-05, responsável legal pelo aluno  
Camilla de Carvalho, RG ou certidão  
nº 14.883.166, CPF 023962456-26 nascido (a) na data,  
14/02/2986, residente e domiciliado na rua São José,  
nº 134, bairro Araruama matriculado no seguinte Projeto: ( ) Cursinho Madiba, ☒ Capacitação  
Profissional, ( ) Gamificação e Robótica.

**CONCEDO AUTORIZAÇÃO** para o Instituto Madiba, com sede na Rua São Pedro, nº. 63, Centro, nesta cidade de Sacramento-MG, inscrito no CNPJ sob o nº: 21.391.241/0001-89 encaminhe, verificando-se a necessidade, o aluno acima qualificado para atendimento psicológico na Instituição.

**Autorizo** o psicólogo voluntário do Instituto Madiba a coletar informações, realizar diagnósticos, avaliações e atendimento clínico promovendo a saúde mental do discente.

**ESTOU CIENTE** que são os atendimentos de responsabilidade do psicólogo, sendo de minha responsabilidade acompanhar as avaliações, procedimentos ou diagnósticos realizados.

São condições do atendimento psicológico: será interrompido caso o discente falte a **TRÊS CONSULTAS**, independente de justificativa. A consulta pode ser reagendada ou cancelada, no entanto, o Instituto Madiba e o psicólogo responsável pelo atendimento deverão ser comunicados com no mínimo 24h(vinte e quatro horas) de antecedência, caso contrário, será computada uma falta e, por consequência, perda da ajuda de custo do referido mês da falta.

Assim sendo, declaro estar ciente do exposto e concordo com o disposto neste termo.

Sacramento: 26 / 02 / 2024

Camilla de Carvalho

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

Telefone para contato: 34 99706.1263