



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)



MATRIZ

☎ (61) 3554-6556
✉ (61) 9 9199-6497

FILIAL

☎ (61) 3686-6852
✉ (61) 9 9379-4244



FILIAL

☎ (61) 3532-2867
✉ (61) 9 9558-6749

✉ clinicapsiquebrasilia