



## 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