

TERMO DE CONSENTIMENTO – RESPONSÁVEL LEGAL POR MENOR DE IDADE

Declaro, na qualidade de responsável legal, autorizar o tratamento dos dados pessoais e sensíveis do(a) menor abaixo identificado(a) pelo Espaço Mindware Psicologia Ltda., conforme descrito na Política de Privacidade.

Nome do(a) menor: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

CPF (se houver): _____

Grau de parentesco/responsabilidade: _____

O tratamento destina-se à prestação de serviços psicológicos, registros clínicos, obrigações legais e tutela da saúde e do melhor interesse do menor.

Posso solicitar informações, retificação ou exclusão de dados a qualquer momento, conforme a LGPD.

Assinatura do Responsável Legal: _____

CPF: _____

Data: ____ / ____ / ____

Versão 1.0 – Última atualização: 11/2025.