

## 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.