

TERMO DE CONSENTIMENTO – ADULTOS

Declaro ter sido informado(a) sobre as práticas de tratamento de dados pessoais realizadas pelo Espaço Mindware Psicologia Ltda., conforme a Política de Privacidade disponível.

Autorizo o tratamento de meus dados pessoais e sensíveis para:

- Execução do atendimento psicológico;
- Registro clínico e evolução terapêutica;
- Comunicação e faturamento (emissão de notas fiscais);
- Cumprimento de obrigações legais e éticas;
- Tutela da saúde e segurança do paciente.

Estou ciente de que:

- Posso revogar o consentimento a qualquer momento pelo e-mail privacidade@espacomindware.com.br;
- Mesmo após revogação, poderão ser mantidos dados necessários à lei, tutela da saúde ou exercício regular de direitos;
- Os dados são armazenados com segurança e acessados apenas por profissionais autorizados.

Assinatura do(a) Paciente: _____

Data: ____/____/_____

Versão 1.0 – Última atualização: 11/2025.