



**EUTEAPOIO**

UM NOVO JEITO DE CUIDAR

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG nº: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
responsável legal pelo menor \_\_\_\_\_, nascido(a) na data \_\_\_\_\_,  
estou ciente e autorizo a realização do acolhimento psicológico, através do projeto EUTEAPOIO,  
online. Autorizo a coleta de informações para fins de tratamento psicológico. Os dados serão  
sempre preservados conforme as normas do Código de Ética do Psicólogo. Sendo assim, declaro que  
estou ciente do exposto e concordo com as questões apresentadas neste termo.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_.

---

Assinatura responsável

---

Assinatura Psicólogo