



Termo de autorização para menores de idade receberem atendimento psicológico online

Através do presente termo, eu _____
RG n. _____ CPF n. _____ responsável pelo menor de
idade _____ autorizo meu
filho(a) _____ a realizar atendimentos
psicológicos online, sob a orientação do (a) psicólogo (a) _____
CRP: _____. Confirmando que li os termos de uso e que estou de acordo com as normas
estabelecidas. Confirmando que estou ciente que esta modalidade de atendimento é permitida pelo
Conselho Federal de Psicologia e está de acordo com as normas éticas de atendimento.

Assinatura do responsável.

_____, ____ de _____ de 20__.

Este termo deve ser digitalizado (Scanner/PDF) e encaminhado para o email:
atendimento@clinicainfanciaprotegida.com.br