



**AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO  
PSICOLÓGICO  
"ONLINE" DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Cidade, mês e ano)

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente à rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_ e CEP \_\_\_\_\_. Na qualidade de (pai / mãe / tutor legal) autorizo o meu filho(a) (ou tutelado) \_\_\_\_\_, nascido na data \_\_\_\_\_, na cidade \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, a receber o atendimento "on-line" com a Psicóloga Sandra Abrantes de Paula, inscrita sob o nº de CRP 15/3447.

Para tanto, devo disponibilizar para o meu filho (a) (ou tutelado), um computador conectado à rede mundial (web) com boa conexão. Além de aceitar e providenciar total privacidade e respeito ao sigilo profissional das sessões marcadas com hora e local pré-definidos.

Assino abaixo com firma reconhecida em cartório, e dou fé nesta autorização, que será digitalizada e enviada para o e-mail atendimento@psicologiadaalma.com.br