



www.psicologo.rio.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTOS DE MENORES

Eu, _____, responsável pelo(a) paciente _____, me responsabilizo e dou permissão para o (a) mesmo(a) realizar (____) _____ (quantidade de sessões) sessões de **Orientação Online** referentes ao serviço de _____ _____ (serviço que o (a) paciente irá realizar) com o Psicólogo **ANDRIANO C. MARTINS, CRP: 05/55017**, sendo que li e concordo com todos os procedimentos do processo de **Atendimento Online** descritos neste site. Comprometo-me a enviar os documentos pedidos: CPF do paciente e a minha, comprovação de parentesco com o paciente (se pelos nomes nos CPFs isso não ficar claro o vínculo, e comprovante de residência, me prontifico a entrar em contato com o Psicólogo se este achar necessário, para alguma orientação sobre o paciente, mesmo tendo que agendar mais uma sessão fora as do paciente.) Somente se for verificado uma necessidade de encaminhamento juntamente com alguma explicação do motivo deste encaminhamento, é que o Psicólogo entrará em contato com o responsável para agendar esta consulta de esclarecimento sobre alguma situação que o mesmo julgue necessário informar e dar ciência aos pais/responsáveis.

Assinatura do Responsável:

CPF do Responsável:

_____, _____ de _____ de 201____

Nota: Preencher o formulário a tinta (caneta), fotografar ou digitalizar e enviar para o e-mail: andriano@psicologo.rio.br