



Termo de Autorização para menores serem atendidos por psicólogo(a) online.

Através do presente termo, eu _____ (nome do pai, mãe, tutor ou responsável legal),
RG n. _____ CPF n. _____, responsável pelo menor de
idade _____, autorizo meu filho(a) a participar de orientações psicológicas
online, sob a orientação da psicólogo(a) _____ CRP _____.

Confirmo que li os termos de uso do site e que estou de acordo com as normas estabelecidas. Confirmo que estou ciente que esta modalidade de atendimento é permitida pelo Conselho Federal de Psicologia e está de acordo normas éticas de atendimento.

_____, dia _____ de _____ de 20____.

Assinatura do responsável.

Este termo deve ser encaminhado para o(a) psicólogo(a) por e-mail ou correios.

1) E-MAIL: Imprimir, preencher e assinar o documento. Em seguida digitalizar (SCANNER / PDF) e enviar em arquivo PDF para o e-mail: contato@conexoespsi.com.br

2) Por CORREIO em carta registrada para o endereço Rua Manuela Barbosa, 28 sala 202 – Méier – Rio de Janeiro- RJ CEP 20735-110