

AMANDA AMORIM DE OLIVEIRA - CRP 06/78129

TERMO DE AUTORIZAÇÃO para menores serem atendidos por psicólogo(a) online.

Através do presente termo, eu _____

(nome do pai, mãe ou responsável legal) RG n° _____

CPF n° _____ responsável pelo menor de idade

_____ (nome da criança/adolescente),

autorizo meu filho(a) a participar de Atendimentos Psicológicos Online, sob a orientação da Psicóloga e Psicopedagoga Amanda Amorim.

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 com as normas éticas de atendimento.

_____, dia _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do responsável

Nota: Este TERMO DE AUTORIZAÇÃO preenchido e encaminhado para a psicóloga Amanda Amorim, por email: clinicaespacoconstruir@gmail.com