

AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO "ONLINE" DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Psicólogo Jose Romeiro Filho

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Cidade, dia, mês e ano vigente

Eu, \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente à rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_ e CEP nº \_\_\_\_\_, na qualidade de (pai/mãe/tutor legal) autorizo o meu filho(a) (ou tutelado) \_\_\_\_\_, nascido na data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, na cidade \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, a receber o atendimento "online" com o Psicólogo Jose Romeiro Filho, inscrito sob o nº de CRP 05/7844.

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 agendadas previamente.

Assino abaixo, com firma reconhecida em cartório, e dou fé nesta autorização que será digitalizada e enviada para o email [psicologo@romeiro.info](mailto:psicologo@romeiro.info).

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável