

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

[crescimentoemocional.com.br](http://crescimentoemocional.com.br)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_  
(Cidade, dia, mês e ano vigente)

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de  
identidade Nº \_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_,  
residente à: \_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_  
complemento \_\_\_\_\_ bairro \_\_\_\_\_ cidade \_\_\_\_\_  
estado \_\_\_\_\_ e CEP \_\_\_\_\_. Na qualidade de:  
(Assinalar com um **X**) ( ) pai ( ) mãe ( ) tutor legal. Autorizo o meu filho(a)  
(ou tutelado). Nome, \_\_\_\_\_,  
Rg Nº \_\_\_\_\_ nascido na data \_\_\_\_\_, na  
cidade \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, a receber o atendimento  
"online" com a Psicóloga Elisete Costa de Melo, inscrita sob o Nº de CRP  
06/62351. 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 [elisetemelopsico@gmail.com](mailto:elisetemelopsico@gmail.com) .

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

\_\_\_\_\_  
Local e data