



MODELO

AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NÃO EVENTUAL E/OU AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Eu, _____,
data de nascimento: ____/____/____, portador (a) do **documento de identidade** nº:
_____, domiciliado à: _____

responsável legal pelo (a) criança/adolescente: _____
_____, data de
nascimento: ____/____/____, portador (a) do documento de identidade/certidão de
nascimento nº: _____, autorizo a (o) profissional

_____, psicóloga (o) sob registro CRP _____ a
realizar acompanhamento psicológico não eventual, bem como a realizar as avaliações
psicológicas pertinentes e os encaminhamentos cabíveis. Todas as avaliações, intervenções e
documentos produzidos serão regidos pelos dispositivos legais vigentes, em especial pelo
disposto na Resolução CFP nº 10/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo), bem como
pelas demais Resoluções da Psicologia relacionadas ao exercício da profissão. Em especial,
serão garantidos às crianças e/ou adolescentes o sigilo das informações e a preservação da
dignidade e da intimidade durante a prestação dos serviços de que trata esta autorização.

Sem mais,

_____, ____/____/____

Responsável Legal pela Criança e/ou Adolescente

Nome Completo com Registro e o carimbo da(o) Psicóloga(o)

Fundamento desta autorização na Resolução CFP nº 010/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo);
Observação: esta autorização deverá estar em papel timbrado da instituição pública ou privada.