



**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):

Art. 8º - Para realizar atendimento não eventual de criança, adolescente ou interdito, o psicólogo deverá obter autorização de ao menos um de seus responsáveis, observadas as determinações da legislação vigente:

§1º - No caso de não se apresentar um responsável legal, o atendimento deverá ser efetuado e comunicado às autoridades competentes;

§2º - O psicólogo responsabilizar-se-á pelos encaminhamentos que se fizerem necessários para garantir a proteção integral do atendido.

Observação: esta autorização deverá estar em papel timbrado da instituição pública ou privada