

**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)**