

AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO “ONLINE” DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

_____, _____ de _____ de _____

Eu, _____,
portador do RG _____, CPF _____,
residente a _____,
número _____, complemento _____,
bairro _____, cidade _____,
estado _____ e CEP, _____.

Na qualidade de (Pai / mãe / tutor legal) autorizo o meu filho (a) (ou tutelado),

_____ nascido na data _____, na cidade _____,
estado _____, a receber o atendimento “online” com a Psicóloga
Sra. Magali Aparecida da Rocha Oliveira, inscrita sob o número de CRP 06/92230.

Para tanto devo disponibilizar para meu filho (a) (ou tutelado), um computador, celular, ou Iphone 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 nesta autorização, que será digitalizada e enviada para o

E-mail psicologamagoliveira@yahoo.com .

Atenciosamente,

Magali Aparecida da Rocha Oliveira

Psicóloga Clínica – CRP 06/92230

Assinatura do Responsável