Consultório Saúde Emocional

Tel. (75) 99140-0187/99108-0438

E-mail: cpsaudeemocional@gmail.com

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

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,residente na rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável como (pai, mãe ou tutor legal)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pelo (a) menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido (a) na data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_no estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o (a) autorizo a receber atendimento psicológico com a psicóloga Jasonethe Silva Felicio, inscrita no CRP-03/13390.

 Para tanto me comprometo pelos acertos de honorários e serviços decorrentes dos atendimentos, os farei através de depósitos ou transferências bancárias.

Contatos:

Telefones:

Email:

(Cidade), \_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável

\*Em anexo cópia dos documentos do(a) menor e responsável.

