HERICA APOLINÁRIO
PSICÓLOGA
CRP 08|22486

# Termo de Autorização para Atendimento Online para Menores

Através do presente termo, eu _____
(nome do pai, mãe ou responsável legal)

RG n._____ CPF n._____ responsável pelo menor de idade_____ autorizo meu filho(a) a
(nome do adolescente)
participar de atendimentos psicológicos online, sob a orientação da Psicóloga Herica Apolinario. Confirmo que li os termos de uso do site e que estou de acordo com as normas estabelecidas. Confirmo que estou ciente que esta modalidade de atendimento é permitida pelo Conselho Federal de Psicologia e está de acordo normas éticas de atendimento.

_____, dia ____ de _____ de 2019.
(cidade) (dia) (mês)

_____
(assinatura do responsável)

978 398-4682
psicologaherica@gmail.com
facebook.com/hericapsicologa