

Termo de Autorização para o Atendimento Psicológico de Adolescente

Eu, _____ (nome), portador(a) do documento de identidade _____ (número) e do CPF _____ (número), domiciliado (a) à _____ (endereço), na qualidade de _____ (relação) do(a) adolescente _____ (nome do/da adolescente), autorizo seu atendimento psicológico por Estevam Colacicco Holpert – CRP 06/65.368, de acordo com os termos e condições descritos no website “www.psicologoclinicoonline.com.br”.

_____ (local), _____ (data)

_____ (assinatura)

*Estevam
Holpert*

..... psicólogo clínico
CRP 06/65.368