

Termo de consentimento livre e esclarecido para menores de idade

Através deste termo a(o) responsável ou representante legal autoriza que a(o) menor receba atendimento através do site.

Este termo deve ser preenchido, assinado, digitalizado e enviado por e-mail para o e-mail: contato@psicareonline.com.br

Somente após o envio deste termo e seu recebimento é que o atendimento poderá ocorrer.

Nome da(o) responsável ou representante legal:	
RG da(o) responsável ou representante legal:	CPF da(o) responsável ou representante legal:
Endereço completo:	
Nome completo da(o) menor:	
Data de nascimento da(o) menor:	
Autorização: Autorizo a(o) menor acima descrita(o) a participar de atendimento psicológico oferecido online através do site PsiCareOnline, com a Psicóloga Auriciene Pereira de Araújo Lidório, CRP 08/20137. Informo que irei providenciar que a(o) menor tenha acesso e privacidade na internet para tal atendimento em dias e horários determinados pelo agendamento online. Assinatura:	