

**AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO
NÃO EVENTUAL E/OU AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES**

Eu, _____, data de nascimento: ____/____/____, portador (a) do documento de identidade nº: _____, domiciliado à: _____, responsável legal pelo (a) criança/adolescente: _____, data de nascimento: ____/____/____, portador (a) do documento de identidade/certidão de nascimento nº _____, autorizo a (o) profissional _____, psicóloga (o) sob registro CRP _____ a realizar acompanhamento psicológico não eventual, bem como a realizar as avaliações psicológicas pertinentes e os encaminhamentos cabíveis. Todas as avaliações, intervenções e documentos produzidos serão regidos pelos dispositivos legais vigentes, em especial pelo disposto na Resolução CFP nº 10/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo), bem como pelas demais Resoluções da Psicologia relacionadas ao exercício da profissão. Em especial, serão garantidos às crianças e/ou adolescentes o sigilo das informações e a preservação da dignidade e da intimidade durante a prestação dos serviços de que trata esta autorização.

Sem mais,

_____, ____/____/____

Responsável Legal pela Criança e/ou Adolescente

Assinatura e carimbo da(o) Psicóloga(o)

Fundamento desta autorização na Resolução CFP nº 010/2005 (Código de Ética Profissional do Psicólogo):

Art. 8º - Para realizar atendimento não eventual de criança, adolescente ou interdito, o psicólogo deverá obter autorização de ao menos um de seus responsáveis, observadas as determinações da legislação vigente:

§1º - No caso de não se apresentar um responsável legal, o atendimento deverá ser efetuado e comunicado às autoridades competentes;

§2º - O psicólogo responsabilizar-se-á pelos encaminhamentos que se fizerem necessários para garantir a proteção integral do atendido.