



Faraely

Psicologia

Fabiane Ogueto Gaspar
Psicóloga - CRP 06/86413

Autorização de Atendimento Online Menores de Idade

quinta-feira, 4 de fevereiro de 2016

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____, CPF nº _____, residente na _____ nº _____, bairro _____, cidade de _____, estado de _____, CEP _____ . Na qualidade de (pai / mãe / tutor legal) autorizo o meu filho(a) (ou tutelado) _____, nascido na data de _____, na cidade de _____, estado de _____, a receber o atendimento " on-line " com a Psicóloga Dr. Fabiane Ogueto Gaspar, CRP 06/86413.

Para tanto, devo disponibilizar para o meu filho(a) (ou tutelado), um computador conectado a rede mundial (web) com boa conexão. Além de aceitar e providenciar total privacidade e respeito ao sigilo profissional das sessões marcadas com hora e local certo. Com esta finalidade, me comprometo a quitar com antecedência mínima e, acima de 72 horas, o devido valor mensal, estipulado para o atendimento específico .

Assino abaixo com firma reconhecida em cartório, e dou fé nesta autorização.

Atenciosamente,

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____