

Caxias do Sul, _____ de 20____.

AUTORIZAÇÃO

Eu, (nome completo) _____,
inscrito(a) sob o CPF nº _____, declaro para os devidos fins que autorizo
(nome completo) _____,
a frequentar sessões de psicoterapia com o psicólogo abaixo subscribe; haja vista possuir a
condição de responsável legal e tutela sobre o(a) autorizado(a).

DECLARANTE

Hélius Sironi de Moraes
Psicólogo
CRP - 07/22301