Modelo de termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES
Psicólogo(a) responsável: [nome completo], inscrito(a) no CRP nº [00/000000].
Endereço/contato profissional: [endereço, telefone, e-mail].
Cliente/atendido(a): [nome completo], documento [RG/CPF], data de nascimento [dd/mm/aaaa].
(Se aplicável) Responsável legal: [nome completo], [vínculo: mãe/pai/tutor], documento [RG/CPF].

2. OBJETIVO DO TRABALHO
O presente atendimento psicológico tem como finalidade [descrever: acompanhamento psicoterapêutico, orientação, avaliação psicológica etc.], a partir da demanda apresentada por [cliente/responsável]. O trabalho será conduzido segundo referencial teórico-técnico da abordagem [abordagem], sem garantia de resultados específicos, uma vez que os efeitos dependem da participação do(a) cliente e de fatores individuais.

3. PROCEDIMENTOS E FREQUÊNCIA
Os encontros terão duração aproximada de [00] minutos, com frequência [semanal/quinzenal/outra], na modalidade [presencial/on-line], em [local ou plataforma]. Os procedimentos poderão incluir [entrevistas, escuta clínica, aplicação de instrumentos, orientações etc.]. Reagendamentos e faltas seguirão o combinado: [regra de remarcação/valores, quando houver].

4. SIGILO E SEUS LIMITES LEGAIS
As informações compartilhadas são protegidas pelo sigilo profissional, conforme o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 010/2005). O sigilo poderá ser excepcionado apenas nas hipóteses previstas em lei e no Código de Ética — em especial situações de risco à vida ou à integridade do(a) cliente ou de terceiros —, restringindo-se a comunicação ao estritamente necessário. [Quando houver trabalho em equipe/supervisão, informar o compartilhamento restrito de informações.]

5. USO DE DADOS E REGISTRO
Os registros dos atendimentos serão elaborados e guardados sob responsabilidade do(a) psicólogo(a), com acesso restrito, pelo prazo mínimo previsto na Resolução CFP nº 001/2009. O tratamento de dados pessoais observa a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018). Eventual uso para ensino, pesquisa ou publicação dependerá de consentimento específico e garantirá o anonimato: [ ] autorizo [ ] não autorizo.

6. DIREITOS DO CLIENTE E REVOGAÇÃO
O(a) cliente/responsável tem direito a informações claras sobre o trabalho, a esclarecer dúvidas a qualquer tempo e a solicitar documentos psicológicos cabíveis. O consentimento é livre e pode ser revogado a qualquer momento, por escrito ou verbalmente, sem prejuízo ao(à)

cliente, encerrando-se ou ajustando-se o atendimento conforme a necessidade.

7. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO
Declaro que li/ouvi as informações acima, que minhas dúvidas foram esclarecidas e que concordo, de forma livre e esclarecida, com o atendimento psicológico nos termos aqui descritos.

8. LOCAL, DATA E ASSINATURAS
[Cidade/UF], [dd] de [mês] de [aaaa].

_____
[Nome do(a) cliente ou do(a) responsável legal]

_____
[Nome do(a) psicólogo(a)] — CRP nº [00/000000]
Assinatura e carimbo

Documento elaborado conforme o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 010/2005) e a Resolução CFP nº 06/2019, sob responsabilidade técnica do(a) psicólogo(a) signatário(a).