

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO A DISTÂNCIA

Eu, _____, CPF _____, declaro que fui informada(o) sobre as condições do atendimento psicológico realizado a distância por _____, profissional da psicologia inscrita(o) no CRP sob o nº _____, e que estou de acordo com os termos abaixo.

1. Modalidade. As sessões ocorrerão por _____, em dia e horário combinados. Cada parte se compromete a estar em ambiente reservado, sem a presença de terceiros, com conexão e equipamento adequados. Recomenda-se o uso de fones de ouvido.

2. Sigilo e dados. O sigilo das sessões é mantido conforme o Código de Ética Profissional do Psicólogo, e o tratamento dos dados observa a LGPD (Lei nº 13.709/2018). É vedado a qualquer das partes gravar as sessões, por qualquer meio, sem consentimento específico e por escrito.

3. Interrupções de conexão. Se a chamada cair, tentaremos restabelecê-la por até 10 minutos. Não sendo possível, a sessão será concluída ou remarcada pelo canal combinado: _____.

4. Limites e segurança. Estou ciente de que o atendimento a distância pode não ser indicado para todas as situações e que, havendo necessidade, poderão ser combinados atendimento presencial ou encaminhamentos. Para situações de emergência, informo:

CIDADE/UF ONDE ESTAREI DURANTE AS SESSÕES

CONTATO DE EMERGÊNCIA – NOME

VÍNCULO

TELEFONE

Em risco imediato, os serviços de referência são o CVV (188, 24 horas), o SAMU (192) e a emergência mais próxima de onde eu estiver.

5. Consentimento. Minhas dúvidas foram esclarecidas. Consinto livremente com o atendimento na modalidade a distância e sei que posso revogar este consentimento a qualquer momento, sem prejuízo do meu atendimento. O serviço observa a Resolução CFP nº 09/2024, que disciplina a prestação de serviços psicológicos por meios digitais.

_____, _____ de _____ de 20____.

Pessoa atendida ou responsável

nome legível · CPF