



I Congresso **WAINER** de Psicoterapias Cognitivas

I Congresso Sul-Brasileiro de Terapias Integradas e de 3ª Onda
I Simpósio Brasileiro de Terapia do Esquema

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente, eu _____ portador do documento de identidade nº _____ declaro o conhecimento a concordância de informações a respeito do meu tratamento psicoterápico realizado pelo (a) Psicólogo/Psiquiatra _____, CRP/CRM nº _____ serão posteriormente apresentados pelo mesmo no Congresso Wainer de Psicoterapias Cognitivas.

O presente consentimento poderá ser retirado a qualquer momento.

Os dados pessoais dos envolvidos no relato serão mantidos em sigilo, sob responsabilidade do autor.

Assinatura do paciente

Assinatura do psicólogo/psiquiatra

Porto Alegre, _____ de _____ de 2015.

AGENDE-SE 27, 28 e 29 AGOSTO 2015

CENTRO DE EVENTOS DO HOTEL PLAZA SÃO RAFAEL - PORTO ALEGRE/RS