



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 2017.