



## **Autorização para Atendimento**

Autorizo o(a) estagiário(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ da equipe de supervisão em  
\_\_\_\_\_ a atender o(a) paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, no Serviço-Escola de Psicologia  
da Universidade de Vassouras.

Vassouras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Coordenador do Serviço-Escola de Psicologia

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Supervisor