[LOGOMARCA]

**DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO**

Declaro para fins de comprovação que a está realizando acompanhamento psicológico, sob meus cuidados profissionais, comparecendo às sessões (DESCREVA OS DIAS DA SEMANA E HORÁRIOS), no endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Até o presente momento sem data de previsão para o término do acompanhamento. (OU ESPECIFIQUE A DATA PREVISTA)

Cidade, estado, data e ano.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo do profissional

CRP