[LOGOMARCA]

**DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO PSICOTERÁPICO**

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessário que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ é meu/minha paciente e se encontra em tratamento psicoterápico de \_\_\_\_\_\_\_\_ até o presente momento.

Cidade, estado, data , mês e ano.

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

Nome completo do profissional

CRP