

DECLARAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SERVIÇO DE TELEATENDIMENTO

Eu _____, na qualidade de paciente/representante legal*, portador(a) do RG nº _____ e inscrito(a) no CPF sob nº _____, residente e domiciliado(a) em _____ tel. nº _____ declaro que foram realizadas as sessões de psicoterapia com o profissional _____ CRP nº _____ nos dias e horários abaixo discriminados por teleatendimento, conforme autorizado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 467/2020.

___/___/___ Horário __:___ ___/___/___ Horário __:___

Local e Data

Assinatura do paciente

Para preenchimento do Profissional de Saúde

Eu, _____, CRP nº _____ declaro, para todos os fins e efeitos, que realizei a consulta deste paciente.

Assinatura do profissional de saúde

* Na qualidade de representante legal, declaro, para todos os fins e efeitos, que ossuo plenos poderes para representar o(a) paciente ora identificado(a), podendo, inclusive, firmar este termo em seu nome e representação.