|  |
| --- |
| **Valor** |

**Recibo de Pagamento R$**

Declaro para os devidos fins, que recebi do/a Sr/a Nome\_Psicologa , CPF cpf\_cliente, a importância de Observacao, referente aos serviços de atendimento psicológico, prestados ao paciente.

São Paulo, dia de mês de ano .

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

Nome da profissional

CPF: 000.000.000-00

Psicóloga - CRP: 00/000000