

CONTRATO DE ACOMPANHAMENTO PSICOTERÁPICO

O acompanhamento psicoterápico visa prevenir agravos à saúde psíquica do paciente, bem como auxiliá-lo no processo de cura em casos de quadros em que o problema tem recorrência, está estabelecido ou foi diagnosticado pelo psicólogo ou outro profissional. Assim, busca-se desenvolver, através de técnicas e avaliações, as estratégias necessárias para promover o bem estar psíquico do paciente. Este Contrato visa assegurar ao paciente seus direitos e deveres frente ao acompanhamento psicoterápico, bem como esclarecer questões éticas pertinentes para melhor andamento do processo psicoterápico com o intuito de facilitar a relação terapêutica.

1 – Sigilo

- a) Todos os conteúdos das sessões serão de extremo sigilo, conforme prevê o código de ética do psicólogo;
- b) As sessões não serão gravadas nem acompanhadas por terceiros;
- c) Todo material produzido em sessão é de responsabilidade do psicólogo, bem como seu arquivamento, priorizando sempre o sigilo das informações;
- d) O contato com familiares ou terceiros, seja para adquirir novas informações ou esclarecimentos, ocorrerá somente com consentimento do paciente e deverá ser discutido previamente na sessão, salvo nos casos de menor idade;
- e) Caso seja necessário entrar em contato com outros profissionais que acompanham o paciente, o mesmo deverá ser informado previamente;

2 – Sessões

- a) Cada sessão terá 50 minutos de duração;
- b) Em caso de atraso o paciente perderá no tempo de duração da sessão, porém o valor cobrado permanecerá o mesmo;
- c) Caso necessite faltar à sessão o paciente deverá entrar em contato com o Psicólogo com antecedência de no mínimo 01 (uma) semana para remarcar a consulta. Reagendamento só é considerado dentro da mesma semana e se houver disponibilidade de agenda;
- d) A primeira sessão será marcada no dia e horário conforme disponibilidade do paciente, as sessões seguintes terão dias e horários fixos para evitar faltas e esquecimentos;
- e) Caso haja necessidade de mudança do dia e horário, a clínica deverá ser informada com antecedência mínima de uma semana e esta negociação de horário poderá ocorrer durante a sessão ou posteriormente junta a recepção, para que uma nova data seja estabelecida;



Dra. Thayane Esteves
CRP: 06 / 115093
Tel: 11 9 4180-9265

- f) O paciente tem a liberdade de desistir do acompanhamento psicoterápico em qualquer momento sem quaisquer ônus e se houverem saldos de sessões já pagas anteriormente o valor será devolvido em sua totalidade mediante a formalização da necessidade de cancelamento;
- g) Em caso de desistência do acompanhamento psicoterápico o paciente deverá informar na penúltima ou no início da última sessão para que seja feito o encerramento adequadamente;
- h) É importante frisar que a frequência ideal das sessões consistem em um encontro semanal. Porém, existem casos que é possível o acompanhamento quinzenal e conforme a evolução poderá ocorrer o aumento da frequência das sessões negociadas previamente entre terapeuta e paciente;

3 – Duração do Acompanhamento Psicoterápico

- a) O tempo mínimo da avaliação psicodiagnóstica é de 10 sessões;
- b) O acompanhamento não tem um tempo máximo determinado para acabar, depende apenas da evolução do paciente.
- c) Os serviços de psicoterapia nesta clínica começarão na data acordada entre o paciente e o terapeuta no momento da contratação. A duração e a frequência das sessões serão determinadas com base nas necessidades individuais do paciente e no plano de tratamento acordado. É importante notar que a psicoterapia é um processo que requer comprometimento e participação ativa do paciente, e os resultados podem variar dependendo de uma série de fatores..

4- Os valores

- a) O valor cobrado por cada sessão de psicoterapia será o informado e acordado no momento da contratação dos serviços desta clínica.
- b) O paciente deve realizar um único pagamento mensal, no valor total da somatória de sessões a serem realizadas durante o mês. A data de pagamento é todo o dia 05 do mês, podendo ser estendida até o dia 07. Por exemplo, até o dia 07 de janeiro o paciente deverá realizar o pagamento via PIX ou transferência de quantas sessões estiverem programadas para o mês de janeiro.
- c) Sessões de anamnese, avaliação, devolutiva, acompanhamento ou qualquer outro motivador são consideradas sessões, sendo assim devem ocorrer dentro do cronograma de agenda ou ainda agendada como sessão extra e terá o custo de um atendimento normal.
- d) Testes psicológicos estão inclusos no valor da psicoterapia exceto WISC e WAIS ou algum outro teste específico que demande maior complexidade.
- e) Se houver feriado no dia do atendimento, o profissional oferecerá uma outra data na mesma semana para substituição do atendimento conforme a disponibilidade dele, porém caso não seja do agrado do paciente a sessão será considerada realizada. Em caso do dia de atendimento for em dias de emendas, o profissional terá como obrigação realizar o atendimento normalmente ou se for possível e negociado, repôr ainda na mesma semana a sessão.

5 - Validade do contrato



- a) Após a terceira falta consecutiva sem justificativa, o paciente será desligado automaticamente e o contrato não terá nenhuma validade, perdendo assim o direito ao dia e horário disponíveis.
- b) Caso o paciente pause o atendimento por mais de três semanas, o horário não ficará reservado para ele, sendo assim ao retornar deverá verificar a nova disponibilidade de agenda.

6 - Atendimento Infantil

- a) Os feedbacks aos pais ocorrem com frequência mínima de 12 meses, porém em cada caso o profissional adapta conforme a necessidade.
- b) Os pais podem solicitar a qualquer momento uma sessão de feedback ou para apontamento de novos comportamentos e situações observadas em seu filho.
- c) No caso de pais separados, sugerimos que tanto a anamnese bem como os feedbacks ocorram em uma única sessão, porém se for da vontade de ambos, respeitamos e realizamos sessões separadas.

Este contrato é determinado para o paciente: _____

() Maior de Idade

Eu _____,
portador do CPF: _____ declaro que fui informado, estou ciente e aceito
os termos deste contrato. Assim, coloco-me à disposição para freqüentar as sessões com frequência
_____ sempre as _____
no horário das _____ às _____ horas.

Em caso de emergência entrar em contato com _____
pelo telefone _____ Grau _____ de
parentesco: _____.

Assinatura do(a) paciente ou Responsável



Serenus
PSICOLOGIA

Dra. Thayane Esteves
CRP: 06 / 115093
Tel: 11 9 4180-9265

Assinatura do(a) Psicólogo(a) responsável
pelos atendimentos

Menor de idade

Eu _____,
portador do CPF: _____ declaro que fui informado, estou ciente e aceito
os termos deste contrato. Assim, coloco-me à disposição para facilitar e tutorar o menor a frequentar as
sessões com frequência **semanal** / **quinzenal** sempre às

seg **ter** **qua** **quin** **sex** no horário das __: __ às __: __ horas.

Em caso de emergência entrar em contato com _____
pelo telefone _____ Grau _____ de
parentesco: _____.

Assinatura do(a) paciente ou Responsável

Assinatura do(a) Psicólogo(a) responsável
pelos atendimentos