

## CONTRATO DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

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.

O presente visa assegurar ao paciente e ao psicólogo, seus direitos e deveres frente ao acompanhamento psicológico, bem como esclarecer questões éticas pertinentes para melhor andamento do processo, com o intuito de facilitar a relação terapêutica.

### **1 – Do 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;
- 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, de paciente maior de idade, ocorrerá somente com consentimento do paciente e deverá ser discutido previamente na sessão;
- e) O contato com familiares ou terceiros, seja para adquirir novas informações ou esclarecimentos, de paciente menor de idade, ocorrerá somente com consentimento dos pais e/ou tutores legais.
- f) Caso seja necessário entrar em contato com outros profissionais que acompanham o paciente, o mesmo deverá ser informado previamente;
- f) Se necessário entrar em contato com o psicólogo via WhatsApp ou e-mail, este conteúdo obedece às regulações de sigilo citadas acima.

### **2 – Das Sessões**

- a) As sessões têm duração de 50 minutos. Em caso de atraso superior a 15 minutos, sem nenhum contato com o psicólogo, a sessão será tida como dada e cobrada em valor integral.
- b) Em caso de atraso por parte do psicólogo, a sessão terá acréscimo da minutagem faltante.
- c) **Caso necessite faltar à sessão, esta será cobrada. Havendo disponibilidade, poderá haver marcação de reposição de consulta, apenas para a mesma semana da falta e conforme agenda do psicólogo;**
- d) Caso haja necessidade de reposição por parte do psicólogo, a sessão deve ser remanejada para mesma semana sem ônus financeiro ou ao tratamento do paciente.
- e) As sessões são agendadas previamente, conforme disponibilidade do paciente, **com dias e horários fixos** a fim de evitar faltas;
- f) Caso haja necessidade de mudança do dia e horário, o paciente deverá informar com antecedência, durante a próxima sessão, para que uma nova data seja estabelecida, dentro dos horários disponíveis;

g) Em caso de desistência do acompanhamento psicológico, 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 consiste em um encontro semanal.**

### **3 – Da Duração do Acompanhamento Psicológico**

a) O tempo mínimo da avaliação psicodiagnóstico é de 12 sessões;

b) O acompanhamento não tem tempo máximo determinado para finalização, dependendo apenas da evolução do paciente.

### **4- Dos valores**

a) O valor das sessões é acordado conforme primeiro encontro com o profissional de psicologia

c) Meses com 5 semanas (frequentadas pelo paciente) terão acréscimo de 1 sessão no valor de uma sessão

d) Valores de pacotes mensais valem apenas para depósito antecipado pago integralmente, caso o paciente pague por sessão individual, não haverá desconto no valor.

e) O pagamento do mês é feito de forma antecipada às sessões via depósito bancário, boleto ou PIX

f) O valor é reajustado conforme a tabela de honorários do CFP

g) Para que não haja cessação imediata da prestação de serviços, caso tenha valores pendentes, esses devem ser acertados até o dia 10 do mês corrente.

### **5- Relatórios**

Para expedição de documento psicodiagnóstico, acompanhamento psicológico ou parecer psicológico, estes deverão ser pedidos com antecedência e será cobrado o valor de uma sessão.

### **6 – Da Vigência**

Renovação compulsória senão mediante finalização do mesmo

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente e aceito os termos deste contrato. Assim, coloco-me à disposição para frequentar as sessões no horário das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas. Em caso de emergência entrar em contato com \_\_\_\_\_ telefone: ( ) \_\_\_\_\_ grau de parentesco: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional de Psicologia