TERMO DE COMPROMISSO
DE ACOMPANHAMENTO PARA TERAPIAS

Este Termo visa assegurar ao paciente seus direitos e deveres frente ao acompanhamento terapêutico, bem como esclarecer questões éticas pertinentes para melhor andamento da relação terapêutica com o intuito de facilitar o processo evolutivo.

PACIENTE: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____

TERAPIA: _____

1. Cada sessão terá _____ minutos de duração;

2. A assiduidade às sessões é indispensável para a eficiência da terapia. Assim, em caso de faltas o paciente arcará igualmente com o pagamento das sessões, avisadas ou não, tendo em vista que o horário é reservado e não há como iniciar terapia com outro paciente em seu lugar.

3. Em caso de atraso o paciente perderá no tempo de duração da sessão, sem abatimento no valor, tendo em vista que os honorários do profissional são devidos desde o horário inicial reservado. O profissional fica desobrigado a atender o paciente que chegar atrasado a mais de 15 (quinze) minutos do horário marcado, que neste caso será considerado como falta à sessão;

4. Faltas com atestados médicos ou outras justificativas legais isentam a cobrança da falta, desde que trazidos na próxima sessão.

5. O paciente tem a liberdade de desistir do acompanhamento terapêutico em qualquer momento sem quaisquer ônus, desde que informe na penúltima ou no início da última sessão para que seja feito o encerramento adequadamente.

6. É importante frisar que a frequência ideal das sessões consiste em um encontro _____.

7. Após a segunda falta consecutiva sem justificativa ou por cinco sessões alternadas, o paciente será desligado automaticamente, perdendo assim o direito ao dia e horário disponível, bem como, será considerado como abandono do tratamento a demora para nova sessão superior a 45 dias.

8. Nos casos de pedido de suspensão do tratamento não é garantido ao paciente retorno em dias e horários anteriormente pré-estabelecidos, ou vagas disponíveis, podendo, neste caso, ingressar em fila de espera.

9. O período de férias do profissional será informado ao paciente e suas consultas serão suspensas por tal período garantido o seu retorno em dias e horários pré-estabelecidos.

10. O valor das sessões dependerá de cada plano ou convênio adotado pelo paciente.

11. Poderá o valor da consulta ser reajustado mediante comunicação prévia de 30 dias.

Em caso de emergência entrar em contato com _____

pelo telefone _____ Grau de parentesco: _____.

Joinville, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Paciente ou Responsável

Profissional
Nº Conselho