

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PSICOTERAPIA

O presente instrumento particular, celebrado entre **BEATRIZ BRANDÃO LTDA**, CNPJ: 41.506.750/0001-17, localizada na Avenida Rouxinol, 1041, sala 707, CEP: 04516-001, Moema, São Paulo - SP, representada pela sócia BEATRIZ BRANDÃO, portadora do CPF: 346.575.328-39, denominada como **PSICÓLOGA**, e _____, portador(a) do CPF: **Digite algo...**, doravante referida como **PACIENTE**, tem como objeto a prestação dos serviços de psicoterapia.

CLÁUSULA 1 - DA NATUREZA DO SERVIÇO

1.1. A **PSICÓLOGA** se compromete a oferecer o serviço de Psicoterapia individual para adultos, com a frequência de sessões semanais, com duração de 50 minutos cada. A abordagem adotada será a integrativa, utilizando-se de atividades terapêuticas, aplicação de testes psicológicos quando necessário, elaboração de cronograma terapêutico e realização de apontamentos semestrais acerca do progresso do **PACIENTE** durante o processo terapêutico.

1.2. Caso sejam identificados casos graves durante a avaliação inicial, será solicitada a realização de 2 (duas) sessões semanais, também com duração de 50 minutos.

1.3. A regularidade das sessões será estabelecida com dias e horários fixos, os quais serão acordados entre as partes após a primeira sessão. Todavia, é importante frisar que é de responsabilidade do **PACIENTE** confirmar ou cancelar a sua sessão através do aplicativo CONSULTÓRIO ME, enviado semanalmente pelo whatsapp. A não confirmação pelo **PACIENTE** será considerada como uma ausência e resultará na cobrança da sessão em questão.

1.4. Em relação aos pacientes que estão retornando à psicoterapia e optem por manter um intervalo de sessões quinzenais, os horários não serão fixos. Nesses casos, os agendamentos deverão ser feitos conforme a disponibilidade da agenda da **PSICÓLOGA**.

1.5. Os resultados alcançados no processo de Psicoterapia estão diretamente relacionados à frequência e dedicação do **PACIENTE**. Portanto, é fundamental que ambos trabalhem de forma colaborativa e comprometida para o sucesso do serviço.

CLÁUSULA 2 - DO PAGAMENTO E REAJUSTE DE VALORES

2.1. O valor estabelecido para cada sessão de psicoterapia será de R\$ 340,00. Com o desconto de pontualidade o valor da sessão será de R\$ 300,00. No entanto, é importante ressaltar que esse valor estará em conformidade com a tabela de valores estabelecida pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP) e estará sujeito a reajustes anuais, de acordo com as diretrizes e aumentos estabelecidos pelo referido conselho. A **PSICÓLOGA** se compromete a fornecer aviso prévio de 30 dias do mês do reajuste **PACIENTES**.

2.2. O pagamento das sessões de psicoterapia deverá ser efetuado de forma antecipada, até o dia 5 do mês em que as mesmas serão realizadas. A ausência de pagamento dentro deste

prazo implicará a perda do desconto de pontualidade, sendo o valor inicial da sessão cobrado em fatura.

2.3. Os pagamentos deverão ser realizados por meio de transferência via PIX, utilizando as informações indicadas na fatura mensal enviada aos **PACIENTES**.

2.4. Quaisquer pagamentos efetuados após o dia 10 do mês estarão sujeitos a juros de 20% sobre o valor devido, além da suspensão das sessões de psicoterapia até que o pagamento seja regularizado.

2.5. No caso de inadimplemento das sessões, serão realizadas tentativas de cobrança extrajudicial por duas vezes. Caso não haja cumprimento do pagamento, proceder-se-á com a cobrança judicial, sendo aplicados juros de 2,5% ao dia sobre o valor em aberto da dívida.

CLÁUSULA 3 - DO REEMBOLSO

3.1. A **PSICÓLOGA**, obriga-se a enviar ao **PACIENTE** o recibo de pagamento das sessões, a fim de que este possa solicitar o reembolso junto à operadora de saúde.

3.2. A **PSICÓLOGA**, igualmente, se compromete a fornecer o relatório de psicoterapia quando solicitado pela operadora de saúde, contendo todas as informações necessárias para o processo de reembolso.

3.3. Cabe exclusivamente ao **PACIENTE** a responsabilidade de solicitar o reembolso junto à sua operadora de saúde, devendo este providenciar o envio do encaminhamento médico e dos recibos de pagamento correspondentes. Destaca-se que o valor pago e quaisquer outros procedimentos relacionados ao reembolso não são de responsabilidade da **PSICÓLOGA**.

CLÁUSULA 4 - DO COMPROMISSO AGENDADO E CANCELAMENTO

4.1. É obrigação do **PACIENTE** informar à **PSICÓLOGA** com 24 horas de antecedência o cancelamento da sessão, a fim de garantir o direito de remarcação dentro da disponibilidade da agenda, no prazo máximo de 15 dias. Caso o prazo não seja respeitado a sessão será cobrada e não haverá remarcação ou devolução do valor.

4.2. No caso de falta do **PACIENTE** na sessão de psicoterapia, a sessão não será remarcada e será cobrada integralmente, sem direito a devolução de valores ou remarcação posterior.

4.3. A tolerância de atraso para a sessão de psicoterapia é de 10 minutos. Caso o **PACIENTE** ultrapasse esse limite, a sessão será automaticamente cancelada e cobrada integralmente, sem direito a devolução do valor ou remarcação posterior.

4.4. Caso a **PSICÓLOGA** desmarque a sessão com o **PACIENTE**, este terá a opção de remarcar a sessão dentro do mês vigente ou utilizar um crédito para o próximo mês, observando-se o limite de um mês subsequente para utilização do crédito.

CLÁUSULA 5 - DO SIGILO PROFISSIONAL

5.1. Conforme estabelecido pelo Código de Ética Profissional do Conselho Regional de Psicologia (CRP), todas as informações e conteúdos discutidos durante as sessões de psicoterapia serão tratados com absoluto sigilo e confidencialidade.

5.2. A **PSICÓLOGA** está comprometida em resguardar a privacidade das informações compartilhadas pelo **PACIENTE** durante o processo terapêutico, sendo proibida qualquer divulgação ou fornecimento de dados a terceiros, exceto nos casos em que houver autorização expressa e por escrito do **PACIENTE** ou mediante determinação de mandado judicial específico.

5.3. A **PSICÓLOGA** irá adotar todas as medidas necessárias para garantir a segurança e a proteção das informações confidenciais, incluindo o uso de sistemas de armazenamento e transmissão seguros, de acordo com as melhores práticas e diretrizes estabelecidas pelo CRP.

5.4. O sigilo profissional estende-se a todos os membros da equipe da **PSICÓLOGA** ou a pessoas que possam ter acesso às informações confidenciais no exercício de suas funções, os quais também são obrigados a respeitar e manter o sigilo das informações compartilhadas durante as sessões de psicoterapia.

5.5. Vale ressaltar que, salvo em situações de risco iminente à vida ou à integridade física do **PACIENTE** ou de terceiros, a quebra do sigilo profissional somente ocorrerá com o consentimento prévio e livremente informado do **PACIENTE**.

CLÁUSULA 7 - DURAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

7.1. A duração do tratamento psicoterápico será estabelecida de acordo com as necessidades e progresso individual do **PACIENTE**, levando em consideração diversos fatores que podem influenciar o tempo necessário para obter resultados positivos.

7.2. A **PSICÓLOGA** reconhece que a natureza do problema apresentado, o estágio do diagnóstico, a duração do problema (se é recente, crônico ou de longa duração), o apoio social disponível ao **PACIENTE** (por parte da família e amigos), a frequência das sessões, a realização das atividades terapêuticas, os testes realizados e a contribuição do **PACIENTE** no processo terapêutico são elementos relevantes a serem considerados na determinação da duração do tratamento.

7.3. É importante destacar que o atendimento psicoterápico, a princípio, não possui um prazo definido, uma vez que cada **PACIENTE** apresenta particularidades inatas que influenciam o tempo de resposta ao tratamento. Além disso, as variáveis e nuances de cada transtorno psicológico podem impactar a progressão e a duração do tratamento.

7.4. A **PSICÓLOGA** estará em constante diálogo com o **PACIENTE** para avaliar o progresso terapêutico, revisar metas e objetivos estabelecidos, e discutir a continuidade ou finalização do tratamento de acordo com a evolução e as necessidades individuais.

7.5. O **PACIENTE** tem o direito de, a qualquer momento, expressar suas dúvidas, preocupações ou solicitar informações adicionais sobre a duração estimada do tratamento

psicoterápico. A **PSICÓLOGA** buscará esclarecer e fornecer orientações pertinentes para melhor compreensão do processo terapêutico.

CLÁUSULA 8 - ENCAMINHAMENTO PSIQUIÁTRICO

8.1. Nos casos considerados graves e/ou com risco de vida, a **PSICÓLOGA** poderá realizar o encaminhamento concomitante do **PACIENTE** a um profissional psiquiatra, caso seja necessário um tratamento psicoterapêutico em conjunto com intervenções medicamentosas.

8.2. O encaminhamento psiquiátrico será feito com base na avaliação clínica da **PSICÓLOGA**, levando em consideração a gravidade do quadro e a necessidade de abordagem multidisciplinar para a saúde mental do **PACIENTE**.

8.3. O **PACIENTE** terá a liberdade de escolher o profissional de sua preferência para o tratamento psiquiátrico, sendo responsável por agendar as consultas e por custear os honorários médicos e as medicações prescritas.

8.4. A **PSICÓLOGA** não assume qualquer responsabilidade pelos serviços prestados pelo profissional psiquiatra, bem como pelas medicações prescritas, ficando exclusivamente a critério do **PACIENTE** a continuidade ou interrupção do tratamento psiquiátrico.

8.5. É fundamental que o **PACIENTE** informe à **PSICÓLOGA** sobre o acompanhamento psiquiátrico, compartilhando informações relevantes e atualizações sobre o tratamento para garantir uma abordagem integrada e colaborativa em favor do bem-estar do **PACIENTE**.

CLÁUSULA 9 - AVISO DE FÉRIAS

9.1. A **PSICÓLOGA** se compromete a fornecer informações sobre as datas de início e término das férias com a maior antecedência possível, a fim de que os **PACIENTES** possam se programar e realizar sessões adicionais antes do período de ausência.

9.2. Durante o período de férias da **PSICÓLOGA**, fica estabelecido que o atendimento de emergência poderá ser realizado para casos que necessitem de intervenção imediata.

9.3. O atendimento de emergência durante as férias da **PSICÓLOGA** estará sujeito à disponibilidade e a critérios de urgência estabelecidos pela **PSICÓLOGA**.

9.4. O **PACIENTE** interessado em receber atendimento de emergência durante as férias da **PSICÓLOGA** concorda em realizar o pagamento antecipado de uma sessão avulsa emergencial.

9.5. **PACIENTE** deverá informar a **PSICÓLOGA** com antecedência mínima de 30 dias caso esteja planejando tirar férias ou estar ausente por um período prolongado.

9.6. Caso o **PACIENTE** não informe antecipadamente sobre suas férias ou ausência, a sessão será considerada como agendada e o valor correspondente será cobrado normalmente.

9.7. A antecedência mínima de 30 dias no aviso de férias é necessária para que a **PSICÓLOGA** possa reorganizar sua agenda e disponibilidade de atendimento, evitando o agendamento de consultas não realizadas.

9.8. É responsabilidade do **PACIENTE** comunicar à **PSICÓLOGA** sobre suas férias ou ausências planejadas por meio de um aviso prévio escrito, preferencialmente por e-mail ou outro canal de comunicação acordado entre as partes.

9.9. Em caso de aviso prévio adequado, a **PSICÓLOGA** fará o devido ajuste na marcação das sessões, sem que haja a cobrança de valores referentes às sessões que ocorreriam durante o período de férias.

CLÁUSULA 10 - ENCERRAMENTO DO TRATAMENTO

10.1. Quando a **PSICÓLOGA** considerar que o **PACIENTE** está pronto para encerrar o processo psicoterapêutico, deverá comunicar essa decisão ao **PACIENTE** com uma antecedência mínima de 30 dias, proporcionando tempo suficiente para ambos se prepararem para o término. O encerramento só será efetivado mediante o consentimento do **PACIENTE**.

10.2. Durante o período de transição para o encerramento, o **PACIENTE** realizará sessões com frequência quinzenal, ao longo de um mês, a fim de facilitar a conclusão gradual da psicoterapia e assegurar uma finalização adequada.

10.3. Caso a **PSICÓLOGA** conclua que não é capaz de continuar oferecendo o serviço de psicoterapia ao **PACIENTE**, será de sua responsabilidade notificá-lo com 30 dias de antecedência e encaminhá-lo a outro profissional de psicologia, visando a continuidade do tratamento.

10.4. Na eventualidade de o **PACIENTE** decidir interromper o processo de psicoterapia, deverá fornecer um aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 dias para rescindir este contrato. Além disso, o **PACIENTE** deverá efetuar o pagamento das sessões do mês subsequente até o dia 5 do mês vigente. Ele terá a opção de realizar as sessões normalmente durante esse período ou optar por não comparecer.

10.5. Quaisquer pagamentos adiantados ou pacotes de sessões não utilizadas serão reembolsados de acordo com as políticas definidas entre as partes no momento da contratação dos serviços.

10.6. Se, no futuro, surgir a necessidade de retomar o tratamento, a **PSICÓLOGA** e o **PACIENTE** poderão discutir e acordar as condições para reiniciar o processo terapêutico, considerando a disponibilidade de ambos.

Cláusula 11 - Atendimento Online e Presencial

11.1. A **PSICÓLOGA** oferece aos **PACIENTES** a opção de realizar as sessões de forma presencial ou por meio de atendimento online, conforme acordado entre as partes.

11.2. O atendimento online será realizado por meio de plataformas de videochamada ou outros meios de comunicação virtual, de acordo com a tecnologia disponível e aprovada pela **PSICÓLOGA**.

11.3. O **PACIENTE** deverá indicar sua preferência quanto ao formato (presencial ou online) no momento da contratação dos serviços ou posteriormente, com a devida comunicação à **PSICÓLOGA**.

11.4. A **PSICÓLOGA** se compromete a manter a confidencialidade e a privacidade das informações compartilhadas durante as sessões online, observando todas as regulamentações legais e éticas aplicáveis.

11.5. As sessões presenciais serão realizadas no consultório da **PSICÓLOGA** ou em outro local acordado entre as partes.

11.6. O **PACIENTE** deve ter acesso a uma conexão estável de internet e apropriada para a realização das sessões online. É de sua responsabilidade garantir um ambiente privado e livre de distrações para a realização dessas sessões.

11.7. A **PSICÓLOGA** e o **PACIENTE** reconhecem que o atendimento online é uma alternativa válida e eficaz, porém, podem ocorrer limitações técnicas ou situações em que a modalidade presencial seja mais adequada ou necessária. Nesses casos, as partes poderão entrar em acordo para alterar temporariamente o formato das sessões.

11.8. A **PSICÓLOGA** e o **PACIENTE** concordam em considerar as necessidades individuais e as exigências éticas e legais para determinar o formato mais apropriado para cada situação, buscando sempre o bem-estar e o progresso terapêutico do **PACIENTE**.

11.9. Quaisquer mudanças ou preferências relacionadas ao formato do atendimento (online ou presencial) devem ser comunicadas entre as partes com antecedência, a fim de garantir uma organização adequada da agenda e a disponibilidade dos recursos necessários.

CLÁUSULA 12 - EMERGÊNCIA E CONTATO DE EMERGÊNCIA

12.1. Caso surja uma situação de emergência durante o atendimento ou fora do horário de sessão estabelecido, o **PACIENTE** poderá contatar a **PSICÓLOGA** diretamente através do número de telefone ou e-mail fornecido pela **PSICÓLOGA** para casos de emergência.

12.2. A **PSICÓLOGA** compromete-se a responder prontamente a qualquer contato de emergência, dentro do possível, garantindo a assistência necessária ao **PACIENTE**.

12.3. O **PACIENTE** deve estar ciente de que o atendimento de emergência possui um custo adicional, e o pagamento antecipado da sessão emergencial será exigido antes da prestação do serviço.

12.4. A **PSICÓLOGA** reserva-se o direito de avaliar a gravidade da situação de emergência e fornecer o encaminhamento adequado, caso seja necessário o atendimento por outros profissionais médicos ou de saúde mental.

12.5. É importante ressaltar que o atendimento de emergência destina-se a situações urgentes e não substitui o tratamento terapêutico regular. Recomenda-se ao **PACIENTE** buscar acompanhamento adequado e continuar as sessões regulares para garantir um progresso terapêutico consistente.

12.6. O contato de emergência deve ser utilizado somente em casos de extrema necessidade, quando houver risco iminente à vida, segurança ou bem-estar do **PACIENTE**.

CLÁUSULA 14 - DIREITOS DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

14.1. Todos os direitos de propriedade intelectual relacionados aos materiais, recursos, conteúdos e informações fornecidos pela **PSICÓLOGA**, incluindo quaisquer arquivos, textos, imagens, áudios, vídeos ou outros formatos, são de propriedade exclusiva da **PSICÓLOGA**, a menos que seja explicitamente declarado o contrário.

14.2. O **PACIENTE** reconhece e concorda que todos os direitos autorais, marcas comerciais, patentes e outros direitos de propriedade intelectual contidos nos materiais fornecidos pela **PSICÓLOGA** são protegidos pelas leis de direitos autorais e propriedade intelectual aplicáveis.

14.3. O **PACIENTE** não tem permissão para reproduzir, distribuir, modificar, exibir publicamente, criar obras derivadas ou utilizar de qualquer outra forma os materiais fornecidos pela **PSICÓLOGA** sem o consentimento prévio e expresso da mesma.

14.4. O **PACIENTE** reconhece que o conteúdo fornecido pela **PSICÓLOGA** durante o processo de psicoterapia é de natureza confidencial e se compromete a não compartilhar, copiar ou divulgar qualquer conteúdo fornecido pela **PSICÓLOGA** a terceiros, sem o consentimento prévio e expresso da mesma.

14.5. Em caso de violação dos direitos de propriedade intelectual estabelecidos nesta cláusula, a **PSICÓLOGA** reserva-se o direito de tomar as medidas legais necessárias para proteger seus direitos, incluindo a busca de compensação financeira por danos e prejuízos resultantes da violação.

14.6. Qualquer permissão de uso dos materiais fornecidos pela **PSICÓLOGA** é concedida exclusivamente para fins de apoio e suporte ao processo terapêutico do **PACIENTE** e não deve ser interpretada como uma transferência de direitos de propriedade intelectual.

14.7. O **PACIENTE** concorda em respeitar e proteger os direitos de propriedade intelectual da **PSICÓLOGA**, comprometendo-se a utilizar os materiais fornecidos somente para os fins acordados durante o processo de psicoterapia, sem infringir os direitos de terceiros.

CLÁUSULA 15 - CONSENTIMENTO INFORMADO

Ao assinar este contrato, o **PACIENTE**, devidamente informado, reconhece e dá seu consentimento informado para o início do processo de terapia com a **PSICÓLOGA**

15.1. O **PACIENTE** reconhece que recebeu informações detalhadas sobre o processo terapêutico, incluindo os possíveis riscos, benefícios e limitações envolvidos.

15.2. O **PACIENTE** compreende e concorda que a terapia, apesar de baseada em métodos científicos e experiência profissional, não garante resultados específicos e que os resultados podem variar de acordo com cada indivíduo.

15.3. O **PACIENTE** entende que ele é um participante ativo do processo terapêutico, sendo responsável por sua própria jornada de autoconhecimento e crescimento pessoal.

15.4. O **PACIENTE** concorda em fornecer informações precisas e verdadeiras durante as sessões, garantindo assim o melhor aproveitamento do processo terapêutico.

15.5. O **PACIENTE** concorda em participar das sessões de forma colaborativa e a seguir as orientações e recomendações fornecidas pela **PSICÓLOGA** para melhor aproveitamento do tratamento.

15.6. O **PACIENTE** reconhece que a **PSICÓLOGA** não pode garantir a resolução de todos os problemas e que o processo terapêutico pode requerer tempo e esforço para alcançar os resultados desejados.

FINAL DO CONTRATO E AÇÃO JUDICIAL

16.1. Este contrato passa a vigorar a partir da data da assinatura pelo **PACIENTE** e pela **PSICÓLOGA**, representando o acordo completo entre as partes em relação ao processo terapêutico.

16.2. Qualquer modificação ou alteração deste contrato deve ser feita por escrito e assinada por ambas as partes.

16.3. Na hipótese de descumprimento de qualquer cláusula ou disposição deste contrato, a parte prejudicada reserva-se o direito de buscar reparação através de uma ação judicial, nos termos da legislação aplicável.

16.4. As partes concordam em resolver qualquer disputa decorrente deste contrato de forma amigável e por meio de negociação. Caso não seja possível alcançar um acordo através da negociação, as partes concordam em submeter a disputa à jurisdição da **Comarca de São Paulo – SP**, renunciando a qualquer outro foro privilegiado que porventura possam ter direito.

Neste ato, as partes declaram estar cientes e de acordo com todas as cláusulas e disposições deste contrato.

São Paulo,

Digite algo...

Digite algo...

Digite algo...

BEATRIZ BRANDÃO LTDA
CPF: 346.575.328-39