



CONTRATO DE PSICOTERAPIA

Eu, Giovana de Moraes, Psicóloga (CRP 08/45995), e você, paciente abaixo identificado(a), firmamos este acordo com o objetivo de estabelecer clareza e segurança em nosso processo terapêutico.

Dados do(a) Paciente:

Nome: _____

Nome social: _____ CPF: _____

RG: _____ Telefone/WhatsApp: _____

1. Sobre o atendimento:

Nossas sessões de psicoterapia terão duração de aproximadamente 50 minutos e acontecerão semanalmente ou quinzenalmente em formato presencial em Maringá-PR ou on-line, conforme combinado.

2. Valores e forma de pagamento:

Cada sessão tem o valor de R\$ 50,00 (social para estudantes e baixa renda) e R\$100,00 valor convencional. O pagamento poderá ser realizado por: (PIX, Transferência ou Dinheiro). Sendo realizado até o dia 10 de cada mês, ou no dia das sessões.

3. Cancelamentos e/ faltas

Para que nosso processo tenha continuidade e respeito ao tempo de ambos: Se precisar cancelar, avise com no mínimo 24 horas de antecedência. Cancelamentos fora desse prazo ou faltas sem aviso terão a cobrança integral da sessão.

4. Sigilo e ética

Tudo o que você compartilhar nas sessões será mantido em sigilo absoluto, conforme previsto no Código de Ética Profissional do Psicólogo. Somente em situações previstas por lei (ex.: risco à sua vida ou à de terceiros) o sigilo poderá ser quebrado.

Em relação a psicoterapia realizada online, é necessário que o ambiente seja tranquilo, silencioso e reservado. Use fones de ouvido para mais privacidade e concentração. Além disso, verifique se a internet está funcionando bem e não esqueça de manter o celular ou computador carregado ou conectado na energia.



CONTRATO DE PSICOTERAPIA

5. Encerramento do processo

A psicoterapia é um processo construído em conjunto. Tanto você quanto eu podemos decidir pelo encerramento, sempre conversando abertamente sobre o momento mais adequado.

6. Este contrato não é apenas um documento, mas um acordo de confiança e respeito mútuo. Estamos aqui para construir um espaço seguro, acolhedor e transformador.

Local e data: Maringá,

Assinatura do(a) Paciente: _____

Assinatura da Psicóloga: Giovana de Moraes – CRP-08/45995