

TERMO DE AJUSTES DE PROCEDIMENTOS - PSICOTERAPIA VIVEST/SABESP –UNIPSCO.

Para que haja uma evolução adequada do atendimento psicológico, as partes abaixo qualificadas firmam o presente termo, visando sanar dúvidas, que eventualmente possam surgir:

PSICÓLOGO(A): _____

BENEFICIÁRIO(A): _____

Tipo de atendimento: Psicoterapia Individual

Horários e número de sessões por semana: _____

HORÁRIOS E FALTAS

Os horários combinados ficam reservados para o(a) beneficiário(a) e são de responsabilidade dele(a) e do(a) psicólogo(a), sendo assim:

a) Caso o(a) beneficiário(a) se ausente em 02 sessões, o horário previamente combinado não mais ficará reservado para ele, cabendo ao psicólogo(a) informar o(a) beneficiário sobre a perda do horário. Fica reservado ao(a) beneficiário(a) o direito de dar continuidade à psicoterapia com o(a) mesmo(a) psicólogo(a), desde que aguarde a disponibilidade de agendamento do(a) profissional, ou então procurar outro psicólogo(a) com horário disponível.

b) Caso o(a) Profissional não possa comparecer no horário fixado, deverá comunicar ao(a) beneficiário(a) reservando-lhe o direito de reposição dentro de suas possibilidades; caso não haja reposição, a sessão não será registrada.

c) As entrevistas com os pais e/ou responsáveis, bem como orientação aos mesmos ou devolutivas, serão registradas utilizando-se a guia e a carteirinha do(a) beneficiário(a) em atendimento (da criança ou adolescente em tratamento).

DURAÇÃO DAS SESSÕES:

A duração da sessão será estabelecida de acordo com a técnica utilizada pelo(a) psicólogo(a), no caso em minutos. Sendo assim, terá duração de tempo: _____.

ATRASOS:

a) Caso ocorra atraso no horário por parte do(a) beneficiário(a), a sessão ocorrerá dentro do tempo restante.

b) Quando o atraso ocorrer por parte do(a) profissional, o mesmo deverá cumprir o horário integral estabelecido.

c) Os assuntos relativos ao(a) beneficiário(a) deverão ser tratados dentro do horário destinado ao atendimento do mesmo.

REGISTRO DE SESSÃO

a) Para atendimento, o(a) beneficiário(a) e/ou responsável deverá apresentar o Cartão de Identificação do convênio VIVEST/SABESP, a Cédula de Identidade, e o encaminhamento médico para sessões de psicoterapia.

b) Sem a documentação acima, o(a) beneficiário(a) não será atendido.

c) A cada sessão, no início ou ao término da mesma, será feito registro do atendimento via

guias de papel, o(a) beneficiário(a) e/ou responsável deverá assinar as guias de autorização para realização das sessões, sempre com a data em que a mesma foi realizada.

d) É vetado o pagamento de quaisquer honorários referente ao atendimento.

DURAÇÃO DO TRATAMENTO:

a) A duração da psicoterapia através do convênio VIVEST/SABESP levará em conta o quadro/estado do(a) beneficiário(a), o número de sessões estabelecido pelo(a) médico(a), de acordo com às diretrizes da Agência Nacional de Saúde (ANS). A solicitação de mais sessões de psicoterapia, depende de solicitação e de encaminhamento médico, de acordo com as diretrizes acima.

PESQUISA DE QUALIDADE

a) A qualquer tempo, o(a) beneficiário(a) pode ser convidado a avaliar a qualidade dos serviços de psicoterapia.

RELATÓRIO / LAUDO / PARECER TÉCNICO / DECLARAÇÃO / APLICAÇÃO DE TESTES.

a) A emissão de relatórios, laudos, pareceres técnicos e declarações, está condicionada às diretrizes do Código de Ética do Profissional Psicólogo, bem como às regras da ANS e cobertura do plano de saúde

b) Se algum destes procedimentos/documentos não estiverem cobertos pelo plano de saúde, devem os valores relativos aos mesmos serem pagos, de acordo com a Tabela de Honorários da UNIP SICO, diretamente à UNIP SICO.

Observação: este convênio atendido por cooperados UNIP SICO **tem a cobertura apenas para atendimento psicológico na modalidade presencial**, ou seja, não cobre atendimento online. Caso o paciente deseje em algum momento realizar sessões online, terá que verificar essa possibilidade com seu psicólogo e em caso positivo contratar as sessões através da UNIP SICO de acordo com sua Tabela de Honorários.

Por estarem assim justos e acordados, firmam o presente Termo em duas vias de igual teor.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 202__.

Psicólogo(a): _____
CRP:

Beneficiário(a) e ou Responsável