## **Contrato de Psicoterapia Terapeuta / Cliente**

Seja bem vindo, por favor preencher com seus dados e assinar esta página, obrigada!

Nome completo:		
•		
Data nascimento:		
CPF:		
RG:		
Endereço residencial:		
CEP:		
Cidade:		
Estado:		
Profissão:		
Em caso de emergência	a (nome e telefone):	
1. Atendimento		
a disposição do cliente naque		5
	horário para além do previsto, mesmo em caso de atraso do cliente. É imprecindívo o on-line, boa conexão de Wi-Fi e fones de ouvido.	el privacidade
	rão o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confiabilidade, a intimidade e e tenha acesso no exercício profissional - Código de Ética do Psicólogo, artigo 9.	das pessoas,
3. Duração da Psicoterapia A duração do tratamento psid	coterápico varia consideravelmente dependendo da natureza e questões a serem tr	abalhadas.
<b>4. Honorários</b> O pagamento deverá ser efet Qualquer alteração no contra	tuado diretamente a Psicologa Nair Burgos Guedes sempre com antecedência aos a ato ou reajuste somente poderá acontecer com o conhecimento e acordo entre as p	tendimentos. partes.
O pagamento deve ser feito a - Nair Burgos Guedes, CPF 18	através de depósito/transferência bancária na conta: Banco Bradesco, Agência 0517 22.121.508-79.	' conta 21919-3
<b>5. Desmarcações ou mudanç</b> . As alterações deverão ser cor quando houver disponibilidad	municadas com antecedência de no mínimo 6 horas. Mudanças de horário só serão	possíveis
	o fizer e não avisar com a antecedência solicitada acima serão cobradas normalment o, o atendimento será considerado interrompido e o cliente poderá perder seu horá	•
Por favor assinar o contrato e	e enviar digitalizado ou foto.	

Data:

Nome: