



NEUROPSICENTRO

TERMO DE COMPROMISSO

(PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO)

Nome do Paciente: _____

Filiação: _____

RG: _____

CPF: _____

Telefone: _____

Celular: _____

Médico responsável pelo diagnóstico: _____

Cláusulas Primeira - Dos Objetivos

Oferecer serviços de terapias especializadas com ética, sigilo e qualidade.

Cláusula Segunda - Dos Serviços Oferecidos

Atendimento terapêutico especializado para pacientes até 13 anos com diagnóstico de TEA, sendo duas sessões de Fonoaudiologia, duas sessões de Terapia Ocupacional e uma sessão de Supervisão Aba por semana.

Cláusula Terceira - Da Duração e Condições de Atendimento

3.1 - O atendimento acontecerá, conforme orientação do profissional assistente, de forma condicionada às limitações de cobertura previstas na legislação de saúde suplementar, bem como às disposições do contrato celebrado entre a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde contratada e o paciente, durante todo o período em que o tratamento for realizado através do convênio.

3.2 - As sessões terão duração aproximada de 40 minutos, e os horários de atendimento serão das 8h às 20h (segunda a sexta) e sábados (de 8h às 12h), os quais deverão ser observados por ambas as partes, clínica e paciente, rigorosamente.

3.3 - Atrasos por parte do cliente/paciente não serão passíveis de reposição, uma vez que existe outro cliente/paciente com agendamento confirmado para o horário seguinte.

3.4 - Por outro lado, atrasos por parte do profissional assistente serão estritamente compensados em favor do cliente/paciente.



NEUROPSICOCENTRO

3.5 - Em caso de alteração no agendamento por motivo de indisponibilidade do profissional assistente, a sessão poderá ser reagendada para o outro dia e horário, conforme disponibilidade dos profissionais da clínica e do paciente.

3.6 - Na hipótese de alteração no agendamento a pedido do paciente e/ou seu (s) responsável (s), será observado as disposições previstas na cláusula seguinte.

3.7 - Em caso de falta injustificada por parte do cliente/paciente, a sessão agendada será considerada realizada para todos os efeitos, inclusive, perante a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde contratada, salvo em casos de faltas justificadas (vide sexta cláusula).

3.8 - O atendimento será realizado somente após a autorização por parte da operadora de Plano Privado de Assistência à saúde, o que deverá ser realizado mediante a apresentação da carteira do convênio pelo paciente junto a clínica.

Cláusula Quarta – Dos deveres dos Profissionais Assistentes

É obrigação do profissional atender satisfatoriamente o cliente, oferecendo serviços qualificados, mantendo a regularidade dos atendimentos e zelando pela devida conduta ética das partes envolvidas neste acordo. Sendo de total responsabilidade a comunicação do profissional com o paciente e familiares, mediante faltas, atrasos e imprevistos. Assim como os possíveis agendamentos das reposições junto ao cliente.

O profissional terá obrigação de emitir um relatório do paciente a cada 6 meses do início dos atendimentos com ele. O relatório deverá ser solicitado pelos pais dentro dos seguintes prazos: 15 dias corridos, com exceção dos relatórios de terapia Ocupacional sensorial e Psicomotricidade que terão de 30 dias corridos da data de solicitação.

Cláusula Quinta - Dos Deveres e dos direitos dos Clientes

5.1 – Comparecer às sessões agendadas nos dias e horários previamente estabelecidos, sempre portando a documentação necessária (carteira do Plano do beneficiário a ser atendido e a documentação do responsável pelo contrato). Uma vez que os atrasos dos pacientes não serão compensados.

5.2 – O não comparecimento INJUSTIFICADO à sessão marcada, implicará em contabilização do atendimento como realizado, para todos os fins, uma vez que o cliente ocupa uma vaga. E sua ausência mesmo que seja de apenas 01 sessão impossibilita o preenchimento do horário por outro cliente, entendendo que os atendimentos são contínuos, evitando assim, causar prejuízo ao profissional assistente.

5.3 – O paciente deverá passar a carteira do beneficiário na primeira sessão da semana. Devendo o paciente neste dia comparecer pelo menos com 20 minutos de antecedência do horário de início da sessão, para liberação do atendimento pela Operadora de Saúde.

5.4 – Se o paciente precisar se ausentar sob qualquer circunstância e quiser retomar o tratamento posteriormente, deverá solicitar o afastamento por escrito, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, estando ciente, desde já, que, por ocasião do retorno ao



NEUROPSICOCENTRO

tratamento não estão assegurados os mesmos dias, horários e profissionais de atendimento anteriormente praticados. Neste caso, o retorno ficará condicionado à disponibilidade de agenda da clínica e dos profissionais em atendimento.

5.5 – Sob nenhuma hipótese o cliente poderá ficar sem passar durante uma semana a carteira do plano de Saúde. Caso não aconteça a passagem da carteira em uma semana, o paciente estará sujeito a perda da vaga nos atendimentos.

5.6 - É direito do cliente/paciente desligar-se do serviço do qual é usuário a qualquer tempo, desde que comunique a sua decisão ao profissional assistente com antecedência MÍNIMA de 48(quarenta e oito) horas da data agendada para o próximo atendimento.

5.7 - Sob hipótese alguma o responsável pelo paciente, poderá se ausentar da clínica durante o atendimento.

5.8 – O responsável pelo paciente só poderá adentrar nas áreas e nas salas de atendimento mediante autorização do profissional ou funcionário autorizado.

Cláusula Sexta – Disposições Gerais

6.1 - É considerada falta justificada a ausência motivada por Adoecimento do cliente/paciente com apresentação de atestado médico válido; exclusivamente nesta hipótese, o paciente deverá realizar a passagem de carteira dentro da mesma semana do adoecimento e se desejar solicitar reposição do mesmo junto ao profissional que o acompanha, mediante disponibilidade de horário deste.

6.2 - Importante ressaltar que as terapias contempladas pelos serviços da Operadora de Saúde são: Terapia Ocupacional, Psicomotricidade Relacional, Fonoaudiologia, Terapia ABA (Supervisão), sendo o acompanhante terapêutico sempre de responsabilidade da família do paciente devendo ser por ele contratado diretamente, sem qualquer intervenção da clínica. Vale salientar que cada paciente deverá passar por prévia triagem avaliativa que determinará o número de sessões semanais, assim como, os procedimentos mais indicados ao caso de cada paciente, sendo as intervenções passíveis de mudança a qualquer tempo.

6.3 - As visitas escolares assim como os atendimentos externos não são contempladas nos serviços oferecidos pela operadora de saúde.

6.4 - O contrato com os acompanhantes terapêuticos é de inteira responsabilidade dos familiares, sendo opção da família iniciar esse tipo de atendimento em domicílio, estando desde já consciente que a operadora de plano de saúde e a prestadora de serviço (Neuropsicocentro) oferecem como benefício a supervisão deste profissional.

Cláusula Sétima – Da lei de proteção de dados

O Instituto Neuropsicocentro declara que exercita suas atividades dentro dos padrões estabelecidos em Lei, e que os dados e informações compartilhados pelos clientes são tratados nos termos da lei geral de proteção de dados n.º 13709/2018.



NEUROPSICOCENTRO

Cláusula Oitava – Autorização expressa

A parte denominada Cliente no presente termo de adesão autoriza de forma expressa a comunicação entre este e o Instituto através de e-mail e outras plataformas digitais, bem assim como, autoriza a divulgação de fotos para fins de campanhas para divulgação em prol do autismo.

1 - sim () 2 – não ()

Fortaleza/CE _____ de _____ de _____.

Cliente/Responsável

Instituto Neuropsicocentro de Ensino LTDA

Testemunha 1

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____

Testemunha 2

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____