

CONTROLE DE ATENDIMENTOS PRESENCIAIS

PSICOLOGIA



CHECK LIST ☒


NA CLÍNICA


SOLICITE SUA PASTA ☒

 Confira os atendimentos e suas respectivas guias e fichas de atendimentos particulares

☒ **OBS:** Tente chegar com antecedência  para tempo hábil de conferência.

 Caso esteja faltando algum documento, solicitar **imediatamente** a equipe Adm. ☒ 

SOLICITE ASSINATURA  **do paciente** na guia ou ficha de atendimento particular ☒ **ANTES**

do atendimento: A cada atendimento ou no início do mês (todas as sessões referentes ao mês) 

ATENDIMENTO MENOR DE 18 ANOS

Solicitar assinatura do responsável legal (Não necessariamente são os genitores)

ANTES do atendimento: A cada atendimento ou no início do mês (todas as sessões referentes ao mês)

☐

OBS: Não realizar atendimento sem assinatura, muitos responsáveis não assinam depois!

ASSINATURA NO CONSULTÓRIO ☐ **NÃO solicitar assinatura na RECEPÇÃO!**

☐ **AO FINALIZAR OS ATENDIMENTOS:** Confira suas guias/fichas de atendimentos particulares,

preencha a data na **ficha de controle** e **ENTREGUE A PASTA** ☐ para a Equipe Adm. ☐

OBS: Se você atende até as 22h, entregue sua pasta **às 20h** ☐ para conferência e fique apenas com as três últimas guias/ fichas dos atendimentos de: 20h/20h40 e 21h20 para facilitar à conferência ao final dos atendimentos ☐

☐ **ÚLTIMO DIA DO MÊS DOS SEUS ATENDIMENTOS**

(Por ex: última quinta-feira - 25 de janeiro - **Entregue a sua pasta** com as guias assinadas e ficha

de controle ☐ para conferência e recebimento ☐ da equipe Adm. ☐

A conferência será realizada no seu consultório ou escritório PSIQUE da sua unidade ☐

☐ HONORÁRIOS ☐

☐ Você receberá o e-mail do **financeiro** com sua ficha, respectivos valores e datas de repasse.

☐ Confira se está de **ACORDO** e dê **OK** para realização do ☐ pagamento ☐ qualquer correção, estaremos à disposição.

OBS: GUIAS COM RASURAS não são aceitas pelos planos de saúde (GLOSA). Por isso, não serão

pagas. Por tanto, **preste ATENÇÃO** ☐ no preenchimento de **DATAS e ASSINATURAS**.

Qualquer **dúvida**, antes do ☐ preenchimento esclareça com a **equipe Administrativa!**

☐ ☐ OBSERVAÇÕES IMPORTANTES ☐

☐ CARIMBO ☐

Psicólogo precisa estar de **posse do carimbo** para realização dos atendimentos e assinaturas de documentos ☐

ANTES DE ASSINAR E CARIMBAR a guia, **conferir se a guia está no seu nome** ou da Responsável Técnica - Elisângela de Alencar Barbosa CRP 01/18484.

SESSÃO DUPLA OU DUAS SESSÕES POR SEMANA: As **datas** na **guia** devem ser na mesma semana, **mas em** ☐ **dias diferentes** (equipe Adm. irá auxiliar no preenchimento)

☐ PACIENTE MENOR DE 18 ANOS ☐ ☐

Preencher e solicitar assinatura da **declaração de autorização do atendimento pelo responsável legal** (lembrar que nem sempre são os genitores).

☐ **CONTRATO PSICOTERÁPICO** ☐ Todos os pacientes que estão cientes e concordam em **pagar ou assinar guia, em caso de AUSÊNCIA**, deverá assinar o contrato, **só será faturada guia de paciente ausente se o contrato estiver assinado.**

☐ ATENDIMENTO ON-LINE ☐ DE PACIENTE PRESENCIAL ☐

Paciente que realiza o atendimento de forma presencial e solicitar esporadicamente realizá-lo de forma on-line deverá pagar/ assinar guia **ANTES** do atendimento on-line.

Caso **não** assine ou pague antes e o **profissional AUTORIZE o atendimento**, só será realizado o pagamento **se o paciente pagar e ou assinar** a guia no **MÊS do atendimento**.

OBS: Não será autorizado atendimento pelo celular da clínica, ele é utilizado administrativamente. Se o profissional não desejar realizar do seu contato, **basta apenas enviar por e-mail** para o e-mail do paciente **o link do Google meet**

☐ ☐

Havendo dúvidas, estamos à disposição!

Eu _____
CRP ____/____/____ declaro estar ciente e de acordo com o exposto acima na data
____/____/____