



KIT TEEN POR DEMANDA · BÔNUS 2

Contrato terapêutico e anamnese teen

Modelos para a primeira conversa com os responsáveis e com o adolescente: contrato, termo de assentimento e anamnese em duas versões.

12 a 17 anos

Responsáveis e adolescente

4 modelos

Pronto para imprimir

Como usar este bônus

Revise os modelos uma vez, ajuste os campos entre [colchetes] à sua prática e imprima. Leva 10 minutos.

O que tem neste bônus

01	Contrato terapêutico com os responsáveis	p. 3
02	Termo de assentimento do adolescente	p. 5
03	Anamnese com os responsáveis	p. 6
04	Anamnese com o adolescente	p. 8

Atendimento online? Todos os modelos funcionam em tela compartilhada ou podem ser enviados ao responsável para preencher antes da sessão.

Importante: estes são modelos de apoio. Revise-os conforme o Código de Ética Profissional do Psicólogo, as normas do seu conselho e a LGPD. Em caso de pais separados, verifique a guarda e busque a ciência dos dois responsáveis sempre que possível.

Contrato de prestação de serviços psicológicos

Psicóloga(o)

CRP

Adolescente

Data de nascimento

Responsável 1

Telefone

Responsável 2

Telefone

1. Atendimento

As sessões têm duração de [50] minutos, frequência [semanal], às [dia e horário], na modalidade [presencial / online]. O número de sessões não é fixo e será reavaliado periodicamente com o adolescente e os responsáveis.

2. Valores e pagamento

Valor por sessão: R\$ [____]. Forma de pagamento: [mensal / por sessão], via [Pix / transferência / outro], até o dia [____]. Recibos são emitidos mediante solicitação. O valor pode ser reajustado [anualmente], com aviso prévio de 30 dias.

3. Faltas, atrasos e remarcações

Cancelamentos com pelo menos [24] horas de antecedência podem ser remarcados sem cobrança. Faltas sem aviso serão cobradas. Atrasos não estendem o horário da sessão. Férias e recessos serão combinados com antecedência.

Sigilo, comunicação e assinaturas

4. Sigilo

O conteúdo das sessões é sigiloso, inclusive em relação aos responsáveis. Os responsáveis serão informados sobre a evolução geral do processo e sobre o que for necessário para a proteção do adolescente. O sigilo poderá ser quebrado em situações de risco à vida ou à integridade do adolescente ou de terceiros, de suspeita de violência, e nos demais casos previstos no Código de Ética e na legislação, comunicando-se apenas o estritamente necessário.

5. Comunicação com os responsáveis

Serão realizadas sessões de devolutiva com os responsáveis a cada [__] meses ou quando necessário. Mensagens fora do horário de sessão devem tratar apenas de questões administrativas. O contato com escola, médicos ou outros profissionais só será feito com autorização dos responsáveis e ciência do adolescente.

6. Dados pessoais

Os dados e registros do atendimento são guardados com segurança, pelo prazo previsto nas normas profissionais, e usados apenas para a prestação do serviço, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

7. Encerramento

O processo pode ser encerrado por qualquer das partes. Recomenda-se ao menos uma sessão de fechamento. Se houver indicação, a(o) psicóloga(o) fará os encaminhamentos necessários.

Local e data

Responsável 1

Responsável 2

Adolescente (ciência)

Psicóloga(o)

Combinados da nossa terapia

Versão para o adolescente ler junto com você na primeira sessão.

O que é isso aqui? Um espaço para você falar sobre o que quiser: escola, amigos, família, redes, o que te incomoda e o que você curte.

Quanto tempo? Cada encontro dura uns 50 minutos. A gente decide junto, com o tempo, até quando faz sentido continuar.

O que fica entre nós? O que você me conta fica aqui. Seus pais sabem como a terapia está indo no geral, não os detalhes.

Quando eu preciso contar? Se eu achar que você ou outra pessoa corre um risco sério. Se isso acontecer, eu te aviso antes.

Posso não responder? Pode. Você pode dizer "não quero falar disso" e a gente respeita.

Posso discordar? Pode e deve. Se algo aqui não estiver funcionando, me fala e a gente muda.

O que eu espero da terapia

Li e entendi os combinados. ☐ Topo começar ☐ Tenho dúvidas: _____

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Identificação e queixa

Nome do adolescente

Idade

Série / escola

Com quem mora

Irmãos (idades)

Quem encaminhou

Fez terapia antes? Quando?

Motivo da procura

1 O que preocupa vocês? Desde quando?

2 O que já tentaram fazer? O que ajudou e o que piorou?

3 O adolescente concorda que precisa de ajuda? Como reagiu à ideia da terapia?

Desenvolvimento e saúde

Gestação e parto: alguma intercorrência?

Marcos do desenvolvimento (fala, andar, escola): algo chamou atenção?

Problemas de saúde, alergias, medicações em uso

Acompanhamentos (psiquiatra, neuro, fono, outros)

Rotina, escola e família

Sono (horários, qualidade, uso de telas à noite)

Alimentação e atividade física

Escola (notas, relação com colegas e professores)

Amizades, lazer e interesses

Uso de celular, jogos e redes

Regras e limites em casa

Histórico familiar e eventos importantes

☐ Separação ou divórcio

☐ Mudança de casa ou de escola

☐ Luto recente

☐ Doença na família

☐ Dificuldades financeiras

☐ Bullying

☐ Histórico de saúde mental na família

☐ Uso de álcool ou drogas na família

Observações

Rastreo de risco: pergunte diretamente sobre falas de morte, autolesão, uso de substâncias, sinais de violência e mudanças bruscas de comportamento. Registre e siga as orientações de cada módulo para encaminhamento.

Me conta sobre você

Use como roteiro de conversa nas primeiras sessões, não como questionário. Ele pode responder por escrito, falando ou pulando perguntas.

Como você gosta de ser chamado?

Música, série ou jogo do momento

3 coisas que você curte fazer

Como é um dia normal seu, do acordar ao dormir?

Quem são as pessoas mais importantes pra você?

Com quem você conversa quando algo dá errado?

Como andam as coisas (0 a 10)

Escola: ____

Amigos: ____

Família: ____

Sono: ____

Humor: ____

Celular e redes: ____

Por que você acha que veio para a terapia?

Se a terapia desse certo, o que mudaria na sua vida?
