

Termo de Prestação de Serviço

Nome: _____
RG: _____ CPF: _____ Tel: _____
Tipo de Serviço : _____
Descrição do Serviço: _____
Numero de Sessões: _____ Data inicio ___/___/___ Termino ___/___/___

Do Prestador:

Clausula única:

As aplicações serão feitas de acordo com os padrões e técnicas estipuladas conforme a CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) Nº 5162. Em caso da impossibilidade do prestador atender ao cliente, na data e horário pré-determinado, será feito um encaixe, em data e horário que atenda as necessidades do mesmo; respeitando a agenda de outros clientes, assim como aos horários de funcionamento do local de atendimento.

Do Cliente:

1º Clausula: O cliente deverá comparecer a sessões, nos horários predeterminados. Na ausência do mesmo, sem a comunicação prévia de 02 (dois) dias, a sessão será cobrada normalmente.

2º Clausula: Em caso de atraso o cliente estará ciente do respectivo horário do atendimento, e que este atraso consumira o tempo do procedimento em si, não podendo ser restituído para o mesmo dia ou posteriormente, pelo motivo de respeito aos horários de agenda de outros clientes, assumindo a consequência gerada.

3º Clausula: O cliente está ciente que o tratamento terapêutico depende do comprometimento, numero de sessões e período de conclusão do tratamento, sendo estipulado o período de ___/___/___ até ___/___/___ para o termino do pacote adquirido, sem possibilidade de restituição financeira ou bônus de sessões após este período.

4º Clausula: O cliente esta ciente que o terapeuta se disponibilizará no horário marcado para o atendimento, exclusivamente para seu tratamento, sendo que o não comparecimento causará prejuízo ao profissional.

Financeiro:

Valor tratado: R\$ _____ á Vista
Valor parcelado: 1ª parcela R\$ _____ Data ___/___/___
2ª parcela R\$ _____ Data ___/___/___

Observação: O atraso no pagamento das parcelas levarão a um acréscimo de 10% sobre o valor da mesma.

Assinatura do Cliente: _____.