

**PARECER PSICOLÓGICO PARA FINS DE REEMBOLSO**  
*Confidencial*

**PARA:** Seção de Assistência Psicológica

**Assunto:** Requerimento de autorização prévia para realização de sessões de psicoterapia individual para fins de reembolso, nos termos do Regulamento do Plano de Assistência à Saúde do TRT-MG ( Art. 47 – inciso II).

**DADOS DO PSICÓLOGO**

<b>Nome:</b>	<b>CRP:</b>
<b>Nome social:</b>	

**Endereço da prestação do serviço:**

**DADOS DO MAGISTRADO/SERVIDOR**

<b>Nome:</b>	
<b>Nome social:</b>	
<b>Pasta funcional:</b>	<b>Lotação:</b>

**EXPOSIÇÃO DOS MOTIVOS**

**DISCUSSÃO E HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

*(não compatível com os CIDs F20 a F29; F31, F33, F50, F84)*

**CONCLUSÃO SOBRE A NECESSIDADE DO TRATAMENTO**

*(sujeito à liberação pela SAP e limitado a 60 sessões anuais)*

**MODALIDADE DE TRATAMENTO**

*(marcar apenas uma opção)*

INDIVIDUAL     CASAL     FAMÍLIA

**TIPO DE ATENDIMENTO**

*(marcar apenas uma opção)*

PRESENCIAL     ONLINE

Declaro que o tratamento prestado está de acordo com a alínea “a”, inciso II, do art. 16 do Regulamento do Plano de Assistência à Saúde do TRT3, a saber:

**“60 (sessenta) sessões de psicologia clínica individual, exceto para os CIDs F 20 a F 29; F 31, F 33, F 50, F 84”.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional e carimbo

**Informações importantes:**

- Este parecer, *após ser salvo no computador*, permite preenchimento de forma digital.
- O reembolso será autorizado apenas nas localidades onde não houver rede credenciada.
- É obrigatório o preenchimento de todos os campos.
- Encaminhar este parecer para a Seção de Assistência Psicológica:  
Rua Curitiba, 835, 8º andar – Centro – BH – MG – CEP: 30170-910  
E-mail: [sap@trt3.jus.br](mailto:sap@trt3.jus.br) / Telefone: (31) 3238-7885