

PARECER PSICOLÓGICO PARA CREDENCIADO
Confidencial

PARA: Seção de Assistência Psicológica

Assunto: Requerimento de autorização de sessões de psicoterapia individual nos termos do Regulamento do Plano de Assistência à Saúde do TRT-MG

DADOS DO PSICÓLOGO CREDENCIADO

| | |
|---------------------|-------------|
| Nome: | CRP: |
| Nome social: | |

DADOS DO MAGISTRADO/SERVIDOR

| | |
|-------------------------|-----------------|
| Nome: | |
| Nome social: | |
| Pasta funcional: | Lotação: |

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.
- 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 / Telefone: (31) 3238-7885