

FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE PSICOTERAPIA - CREDENCIADO  
**Confidencial**

**PARA:** Seção de Assistência Psicológica

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

**DADOS DO PSICÓLOGO CREDENCIADO**

Nome:	CRP:
Nome social:	

**DADOS DO BENEFICIÁRIO**

( ) TITULAR ( ) DEPENDENTE

Nome:	
Nome social:	
Telefone:	
Nome do titular (no caso de beneficiário dependente):	
Nome social:	
Pasta funcional ou número de inscrição no TRTer Saúde:	Lotação (apenas no caso de servidor ou magistrado):

**ESPECIALIDADE DE TRATAMENTO**  
(marcar apenas uma opção)

( ) INDIVIDUAL ( ) ADOLESCENTE  
( ) INFANTIL ( ) CASAL ( ) FAMÍLIA

**MODALIDADE DE ATENDIMENTO**  
(marcar apenas uma opção)

( ) PRESENCIAL ( ) ONLINE ( ) AMBOS

Declaro que o tratamento prestado está de acordo com o Regulamento do Plano de Assistência à Saúde do TRT3.

_____, ____ de _____ de ____	_____ Assinatura do profissional e carimbo (a assinatura pode ser eletrônica ou física)
------------------------------	---

**Informações importantes:**

- Este formulário, após ser salvo no computador, permite preenchimento de forma digital.
- É obrigatório o preenchimento de todos os campos.
- Encaminhar para a Seção de Assistência Psicológica pelo e-mail: [sap@trt3.jus.br](mailto:sap@trt3.jus.br)

Seção de Assistência Psicológica  
Telefone: (31) 3238-7885