

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

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