

ANEXO V

Mensagens e Declarações

Mensagens.....	3
Declarações.....	6
Autorizações.....	8

Mensagens

MENSAGEM_001 = “Doença não coberta pelo Programa de Assistência Farmacêutica.”

MENSAGEM_002 = “Laudo médico emitido há mais de 90 dias, por isso não é válido para a solicitação de inclusão de medicamento.”

MENSAGEM_003 = “Medicamento a ser incluído não encontra-se na base de dados padronizada pelo TRT3.”

MENSAGEM_004 = “Solicitação de inclusão de medicamento realizada com sucesso. Favor aguardar análise.”

MENSAGEM_005 = “Prazo expirado para solicitação do reembolso. Favor solicitar entre os dias 01 e 10 do mês subsequente.”

MENSAGEM_006 = “Reembolso já solicitado no mês. Favor requerer novo reembolso somente no próximo mês, entre os dias 01 e 10.”

MENSAGEM_007 = “Documento fiscal emitido há mais de 90 dias, por isso não é válido para a solicitação de reembolso.”

MENSAGEM_008 = “Medicamento adquirido com data anterior a aprovação no Programa, não sendo possível solicitar reembolso para esse documento fiscal”

MENSAGEM_009 = “Não é permitido solicitar o reembolso, pois o tempo de tratamento é superior ao autorizado pelo Programa”.

MENSAGEM_010 = “Não é permitido solicitar o reembolso, pois o valor solicitado é inferior ao mínimo autorizado pelo Programa”.

MENSAGEM_011 = “Beneficiário não cadastrado. Gentileza cadastrá-lo na Secretaria Geral da Presidência, em caso de magistrados ou na Secretaria de Pessoal, em caso de Servidores”.

MENSAGEM_012 = “Informamos sobre a necessidade de incluir no sistema do Plano de Saúde nova Declaração de Não Acumulação de Benefício emitida pelo seu Órgão de origem. Caso não a apresente no prazo de 30 dias, o Benefício do Plano de Assistência à Saúde será suspenso e novos procedimentos não poderão ser realizados até que a Declaração seja apresentada e deferida.”

MENSAGEM_013 = “Informamos que foi gerado o número de protocolo nº [nº do protocolo gerado], com solicitação de [inclusão/exclusão] do(s) seguinte(s) Beneficiário(s) [nome de cada beneficiário] nos seguintes benefícios [nome dos benefícios].”

MENSAGEM_014 = “Há nova solicitação de beneficiário”.

MENSAGEM_015 = “A sua solicitação foi reprovada devido a [a solução deve incluir motivo especificado pelo Técnico Administrativo do Plano de Saúde]”

MENSAGEM_016 = “Informamos que o processo de inclusão do beneficiário [nome do beneficiário], foi finalizado, conforme descrito abaixo:

- [nome do benefício incluído] [início da vigência] [abrangência territorial] [nº da carteirinha]

Em breve, a carteira em versão física do plano de saúde contratado será encaminhada para: [lotação]

Esclarecemos que o acesso a todos os serviços do plano de saúde podem ser autorizados por meio da apresentação do Cartão Virtual disponível no aplicativo de cada plano de saúde aderido. Os procedimentos para instalação e utilização do aplicativo estão disponíveis em nosso site e no portal do beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato conosco.”

MENSAGEM_017 = “Informamos que o beneficiário [nome do beneficiário] foi excluído do benefício [nome do benefício], com vigência de exclusão em [data da vigência de exclusão]. Esclarecemos que o Plano de Assistência à Saúde disponibilizado pelo TRT-MG funciona com pagamento pós-utilização. Desta maneira, os acertos financeiros em folha de pagamento deverão ocorrer no próximo mês.”

MENSAGEM_018 = “Informamos que o pagamento foi realizado, conforme relatório disponível para consulta no Portal do Credenciado”

MENSAGEM_019 = “Informamos que os serviços abaixo foram autorizados para pagamento. Desta forma, solicitamos que confira os itens e valores discriminados para incluir o documento fiscal no sistema SIGEO. Favor acessar tutorial de como utilizar o SIGEO no Portal do Credenciado, caso tenha dúvidas.”

MENSAGEM_020 = “Temos a satisfação de comunicar que sua solicitação para se credenciar no Plano TRTer Saúde foi aprovada! Acesse a lista de habilitados [link] para conferir a(s) especialidade(s) e modalidades aprovada(s) para seu credenciamento!

Para a formalização do credenciamento será necessário preencher e assinar o Termo de Credenciamento disponível no sistema e realize o seu download. A assinatura poderá ser feita somente utilizando certificado digital ICP-Brasil válido ou pelo portal do Governo Federal Gov.br (<https://www.gov.br/>).

Quaisquer dúvidas estamos à disposição.”

MENSAGEM_021: “Há informação de cobrança de consulta faltosa em [categoria] ocorrida em [data], agendada para o (a) beneficiário(a) [nome do beneficiário], com o(a) credenciado(a) [nome do credenciado]. Pedimos a gentileza de acessar o Portal do Beneficiário ou Aplicativo para autorizar o registro, cobrança e pagamento ao Credenciado da consulta faltosa.”

MENSAGEM_022: “Procedimento não autorizado para o Beneficiário em atendimento. Caso haja pedido médico, favor realizar upload”

MENSAGEM_023: “Há proposição de débito e/ou promoção de reembolso a ser realizada por meio de processo administrativo em nome de [nome do beneficiário titular] [categoria] [valor] [mês de competência].”

MENSAGEM_024: “Solicitação aprovada”

MENSAGEM_025: “Solicitação de reembolso enviada com sucesso.”

MENSAGEM_026: “Favor agendar a realização de Exame Neuropsicológico em profissional de sua escolha na Rede Credenciada disponibilizada pelo TRT-MG [lista de Credenciados em Neuropsicologia contendo nome, endereço e telefone]”

MENSAGEM_027: “Prezado(a) Credenciado(a),

O PTO [nº de identificação] será encerrado em 30 dias. Caso necessário, solicite a prorrogação do prazo de vigência antes de seu encerramento.”

Declarações

DECLARACAO_001 = "DECLARO estar ciente e concordar com as condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Saúde e comprometo-me a observar as disposições nele contidas quando da utilização dos serviços oferecidos."

DECLARACAO_002 = "DECLARO que não recebo auxílio semelhante para tratar da saúde e nem participo de outro programa de assistência à saúde de magistrado ou servidor, custeado, ainda que em parte, por outro órgão público da Administração Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Distrital ou Municipal, tanto na condição de titular quanto na de dependente, bem assim o(s) beneficiário(s) dependente(s) a mim vinculados."

DECLARACAO_003 = "DECLARO estar ciente e concordar que não sendo possível o desconto integral das despesas do Plano de Assistência do TRT da 3ª Região, em folha de pagamento, o pagamento deverá ser realizado por GRU ou outra forma, a critério deste Tribunal."

DECLARACAO_004 = "DECLARO estar ciente e concordar com as condições estabelecidas na Instrução Normativa GP N 111, de 6 de junho de 2023 que regulamenta o Programa de Assistência Farmacêutica do TRT-MG e comprometo-me a observar as disposições nela contidas."

DECLARACAO_005 = "DECLARO que o tratamento prestado está de acordo com a alínea "a", inciso II, do art. 16, ou seja, o beneficiário atendido não possui diagnósticos compatíveis com os CIDs F20 a F29, F31, F33, F50, F84."

DECLARACAO_006 = "DECLARO estar ciente e concordar que a conduta terapêutica descrita no laudo médico apresentado para pleitear a inclusão no Programa de Assistência Farmacêutica é de estrita responsabilidade do médico assistente que o elaborou."

DECLARACAO_007 = "DECLARO que recebi esclarecimentos quanto a opções, benefícios, e possíveis riscos do tratamento odontológico proposto e autorizo a sua realização."

DECLARACAO_008 = "DECLARO estar ciente que, se o Núcleo do Plano de Saúde, em até 72h, contados do envio da solicitação, não demonstrar o seu recebimento, devo entrar em contato com o referido Núcleo para verificar se o procedimento foi realizado de forma correta."

DECLARACAO_009 = "DECLARO estar ciente que a exclusão do titular acarreta, automaticamente, a exclusão dos demais beneficiários a ele vinculados."

DECLARACAO_010 = "DECLARO estar ciente que na reinclusão do beneficiário especial haverá carência para utilização dos serviços conforme a Lei 9656/98 e condições contratuais."

DECLARCAO_011 = "DECLARO estar ciente que no mês subsequente à data da vigência de exclusão, haverá descontos em meu contracheque de valores referente à utilização até aquela data."

DECLARACAO_012 = "O interessado DECLARA que não possui dentre os seus sócios: estrangeiros que não tenham representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa ou judicialmente; profissionais que tenham sido descredenciados por iniciativa do TRT-MG; magistrado ou servidor ativo e inativo do TRT-MG; servidor público federal em exercício provisório, cedido ou removido para o TRT-MG; servidor ocupante de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública que presta serviço para o TRT-MG; servidor público estadual ou municipal cedido para o TRT-MG."

DECLARACAO_013 = "O profissional interessado DECLARA não se enquadrar nas seguintes hipóteses: ser estrangeiro que não tenha representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa ou judicialmente; ser profissional que tenha sido descredenciado por iniciativa do TRT-MG; ser magistrado ou servidor ativo e inativo do TRT-MG; ser servidor público federal em exercício provisório, cedido ou removido para o TRT-MG; ser servidor ocupante de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública que presta serviço para o TRT-MG; ser servidor público estadual ou municipal cedido para o TRT-MG."

DECLARACAO_014 = DECLARO concordância com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento XX/XXXX (editável com nº e ano do credenciamento), no Regulamento do Plano de Assistência à Saúde e no Termo de Credenciamento, inclusive com os valores constantes na tabela em vigor. Assim, venho requerer à Comissão Especial de Credenciamento do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região o credenciamento no Plano de Assistência à Saúde, de acordo com os termos supracitados.

DECLARACAO_015 = "DECLARO que a dose de vacina [especificar o procedimento] aplicada no Beneficiário [nome do beneficiário] enquadra-se nos casos excepcionais e está sob a orientação de pedido médico válido"

DECLARACAO_016 = DECLARO estar ciente e concordar com as condições estabelecidas na RESOLUÇÃO GP N. 120, DE 17 DE SETEMBRO DE 2019, que regulamenta o Programa de Odontologia Preventiva - POP e comprometo-me a observar as disposições nela contidas quando da utilização dos serviços oferecidos.

Autorizações

AUTORIZACAO_001 = "AUTORIZO que seja consignado, em Folha de Pagamento do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região, o desconto do valor relativo às contribuições mensais e às coparticipações de procedimentos realizados por mim e meus dependentes."

AUTORIZACAO_002 = "AUTORIZO que sejam tomadas as medidas necessárias para o custeio do transporte aeromédico ofertado pela empresa contratada deste Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região."