

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS – TRTer Saúde
ATENDIMENTO ONLINE

DADOS DO CREDENCIADO

Nome ou Razão Social:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome: Nº TRTer Saúde:

Nome social (se houver):

DADOS DO(S) ATENDIMENTO(S)

FISIOTERAPIA

(escolher apenas uma modalidade por formulário)

PILATES RPG

PSICOLOGIA

(escolher apenas uma modalidade por formulário)

INDIVIDUAL CASAL FAMÍLIA EXAME NEUROPSICOLÓGICO

Data do atendimento	Data do atendimento	Data do atendimento	Data do atendimento	Data do atendimento
1)	3)	5)	7)	9)
2)	4)	6)	8)	10)

Declaro, para os devidos fins, que realizei os atendimentos na modalidade *online* nas datas discriminadas acima.

Data	Assinatura do Beneficiário:
Data	Assinatura e carimbo do credenciado

PSICOLOGIA	FISIOTERAPIA
Grupo de beneficiários atendidos	Grupo de beneficiários atendidos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Magistrados e servidores ativos deste Tribunal, assim considerados os que estejam em exercício neste TRT-MG (ocupantes de cargo em comissão, cedidos, removidos e requisitados); ✓ Magistrados e servidores inativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Magistrados e servidores ativos deste Tribunal e ocupantes de cargo em comissão; ✓ Magistrados e servidores inativos; ✓ Servidores públicos federais em exercício provisório, cedidos ou removidos para este Tribunal, desde que comprovada a não percepção de benefício semelhante no órgão de origem; ✓ Cônjuges ou companheiros dos beneficiários acima descritos.
Limite de sessões anuais	Limite de sessões anuais
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 60 sessões anuais de Psicoterapia Individual <p><i>Obs: Cada sessão de Psicoterapia de Casal ou de Família equivale a 2 sessões de Psicoterapia Individual.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 80 sessões anuais de RPG <u>ou</u> de PILATES

COMO DEVO ENVIAR ESTE FORMULÁRIO?

- a. O formulário deverá ser preenchido com a data de cada sessão realizada e, após um número de sessões combinadas com o(a) profissional, o(a) beneficiário(a) deverá assinar o comprovante de prestação de serviços e enviar por e-mail ao profissional que está oferecendo o atendimento.
- b. **A comprovação dos atendimentos por parte do(a) beneficiário(a) NÃO será feita por e-PAD.** Caberá ao profissional enviar ao Núcleo de Plano de Saúde o formulário dos atendimentos junto com o pedido de faturamento;
- c. A assinatura poderá ser eletrônica ou a caneta, conforme melhor conveniência do(a) beneficiário(a). Caso seja assinado à caneta, deverá digitalizar e anexar ao e-mail a ser enviado ao profissional;
- d. Serão aceitas como assinatura eletrônica:
 1. assinatura eletrônica do PJe (Processo Judicial Eletrônico);
 2. assinatura eletrônica do GOV.BR (gratuita), disponível no [Portal Gov.br](#);
 3. qualquer assinatura eletrônica adquirida por fornecedor reconhecido no mercado

Para outras informações acesse o [Portal do Plano TRTer Saúde](#).

Núcleo de Plano de Saúde
E-mail: planodesaude@trt3.jus.br
Telefone: (31) 3238-7881