

**COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS – TRTer Saúde  
ATENDIMENTO PRESENCIAL**

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

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

Data	Assinatura e carimbo do credenciado

PSICOLOGIA	FISIOTERAPIA
Grupo de beneficiários atendidos	Grupo de beneficiários atendidos
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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);</li> <li>✓ Magistrados e servidores inativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Magistrados e servidores ativos deste Tribunal e ocupantes de cargo em comissão;</li> <li>✓ Magistrados e servidores inativos;</li> <li>✓ 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;</li> <li>✓ Cônjuges ou companheiros dos beneficiários acima descritos.</li> </ul>
Limite de sessões anuais	Limite de sessões anuais
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 60 sessões anuais de Psicoterapia Individual</li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Obs: Cada sessão de Psicoterapia de Casal ou de Família equivale a 2 sessões de Psicoterapia Individual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 80 sessões anuais de RPG <u>ou</u> de PILATES</li> </ul>

**COMO DEVO ENVIAR ESTE FORMULÁRIO?**

- a. O(A) beneficiário(a), que esteja sendo atendido(a) em Psicologia ou Fisioterapia na modalidade presencial, deverá receber do profissional o comprovante de prestação de serviços, incluir a data e assinar a cada sessão realizada, a fim de melhor proceder o controle das sessões;
- b. **A comprovação dos atendimentos por parte do(a) beneficiário(a) NÃO será feita por e-PAD.** O(A) profissional credenciado de saúde enviará ao Núcleo de Plano de Saúde o formulário dos atendimentos junto com o pedido de faturamento por e-mail, com cópia para beneficiário(a).

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

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