JUSTIÇA DO TRABALHO
TRT da 3ª Região (MG)

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Saúde

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS – TRTer Saúde
ATENDIMENTO PRESENCIAL

DADOS DO CREDENCIADO

Nome ou Razão Social:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome: **N° 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	Nome Legível e Assinatura do Profissional Executante
Data	**Assinatura e Carimbo do Credenciado / Representante Legal**

PSICOLOGIA	FISIOTERAPIA
Grupo de beneficiários atendidos	**Grupo de beneficiários atendidos**
✔ 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; ✔ Cônjuges ou companheiros de magistrados e servidores ativos e inativos; ✔ Filho e enteado solteiro, até 21 anos, ou até 24 anos de idade se estudante de curso superior ou ensino técnico; ✔ Filho ou enteado comprovadamente incapaz de qualquer idade; ✔ Menor sob guarda judicial, até 21 anos de idade.	✔ 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; ✔ Cônjuges ou companheiros dos beneficiários acima descritos.

Limite de sessões anuais	Limite de sessões anuais
✔ 60 sessões anuais de Psicoterapia Individual *Obs: Cada sessão de Psicoterapia de Casal ou de Família equivale a 2 sessões de Psicoterapia Individual.*	✔ 80 sessões anuais de RPG ***ou*** de PILATES

COMO DEVO ENVIAR ESTE FORMULÁRIO?

a. O(A) beneficiário(a), a cada sessão realizada, deverá receber do profissional o comprovante de prestação de serviços, incluir a data e assinar no dia em que o atendimento foi efetivamente realizado, a fim de melhor proceder o controle das sessões;

b. 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).

Lembre-se! A boa utilização do TRTer Saúde é que garante a manutenção e sustentabilidade dos atendimentos!

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