



Ministério Público da União
Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

IDENTIFICAÇÃO DO(A) TITULAR

Nome do titular

Lotação

Matrícula

Telefone

Nomes dos beneficiários atendidos

Parentesco

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇO

Nome do Profissional ou Razão Social

CPF ou CNPJ

Data do Rec. ou NF

Valor do Rec. ou NF

ATESTO A PRESTAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S) E SOLICITO O REEMBOLSO DA(S) DESPESA(S) ACIMA DISCRIMINADA(S) DE ACORDO COM O REGULAMENTO GERAL DO PLAN-ASSISTE.

BRÁSILIA-DF, ____ / ____ / ____.

Assinatura

DOCUMENTAÇÃO QUE DEVERÁ INSTRUIR O PEDIDO

1 – Recibo ou nota fiscal original

2 – Prescrição ou pedido médico

3 – Laudo médico ou parecer cirúrgico e discriminação das despesas / conta hosp.

4 – Orçamento odontológico e, se necessário, perícia odontológica

5 – Laudo médico contendo a duração do tratamento e o número de sessões

EVENTO	TIPO	EVENTO	TIPO
Consultas (médica, odontológica ou nutricional)	1	Sessões de acupuntura	1, 2 e 5
Honorários médicos	1 e 2	Procedimentos paramédicos	1, 2 e 5
Tratamento odontológico	1 e 4	- Fisioterapia (inclusive RPG)	
Exames médicos	1 e 2	- Fonoaudiologia	
Emergência clínica e hospitalar (despesas)	1 e 3	- Psicologia	
Internação cirúrgica e hospitalar (despesas)	1 e 3	- Tratamento ortóptico	

a) A documentação acima deverá ser apresentada em papel timbrado ou carimbado, com as indicações do CNPJ ou do CPF e registro no Conselho Regional da Classe Profissional;

b) Deverá ser apresentada a discriminação das despesas, com os respectivos valores e o número de ocorrências e, em se tratando de despesas de equipe cirúrgica, os honorários de cada profissional (cirurgião, auxiliares e anestesista);

c) Recibo ou nota fiscal da área médica ou paramédica tem validade de 60 (sessenta) dias, conforme Regulamento Geral.