



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

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE LIVRE ESCOLHA

IDENTIFICAÇÃO DO(A) TITULAR

Nome do titular

Lotação

Matrícula

Telefone

Nome/Nº do Banco

Nome/Nº da Agência

Nº da Conta Corrente

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Nomes dos beneficiários atendidos

Parentesco

CPF ou CNPJ do prestador

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.

Local e Data

Assinatura

DOCUMENTAÇÃO QUE DEVERÁ INSTRUIR O PEDIDO

1 – Recibo ou nota fiscal/fatura original e cópia

2 – Prescrição ou justificativa médica

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

TIPO DE ATENDIMENTO	DOC.	TIPO DE ATENDIMENTO	DOC.
Consultas	1	Sessões de acupuntura	1, 2 e 5
Consulta psicológica	1 e 2	Procedimentos paramédicos - Fisioterapia (inclusive RPG) - Fonoaudiologia - Psicologia - Tratamento ortóptico	1, 2 e 5
Honorários médicos	1 e 2		
Tratamento odontológico	1 e 4		
Exames médicos	1 e 2		
Emergência clínica e hospitalar (despesas)	1 e 3		
Internação cirúrgica e hospitalar (despesas)	1 e 3		

- a) A documentação acima deverá ser apresentada em papel timbrado ou carimbado, com as indicações do CNPJ ou do CPF e registro no Conselho da Categoria 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.