



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.

BRASÍLIA-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)  
Honorários médicos  
Tratamento odontológico  
Exames médicos  
Emergência clínica e hospitalar (despesas)  
Internação cirúrgica e hospitalar (despesas)

1  
1 e 2  
1 e 4  
1 e 2  
1 e 3  
1 e 3

Sessões de acupuntura  
Procedimentos paramédicos  
- Fisioterapia (inclusive RPG)  
- Fonoaudiologia  
- Psicologia  
- Tratamento ortóptico

1, 2 e 5  
1, 2 e 5

- 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 90 (noventa) dias**, conforme Regulamento Geral.