



MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO  
MINISTÉRIO PÚBLICO MILITAR

Nº

PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL – PLAN-ASSISTE

**SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

NOME DO TITULAR

MATRÍCULA

LOTAÇÃO

ANDAR / SALA / TELEFONE

NOME DOS BENEFICIÁRIOS ATENDIDOS

PARENTESCO

**DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇO**

NOME OU RAZÃO SOCIAL

CPF OU CGC

DATA DO DOC.

VALOR R\$

Nº ANEXO

CIDADE

UF

BANCO

AGÊNCIA

CONTA CORRENTE

**Solicito o reembolso da despesa acima discriminada de acordo com as normas do PLAN-ASSISTE.**

DATA

ASSINATURA

**PARA USO DO PLAN-ASSISTE**

DE ACORDO

DATA

ASSINATURA

**PARA CORRETA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE REEMBOLSO FAZ-SE NECESSÁRIA A SEGUINTE ROTINA:**

- 1. CONSULTAS** - Preenchimento da 'Solicitação de Reembolso' acompanhada de nota fiscal/recibo.;
- 2. EXAMES PATOLÓGICOS/RADIOLÓGICOS** - Preenchimento da Solicitação de Reembolso acompanhada de nota fiscal e pedido médico com o nome de todos os exames realizados;
- 3. SESSÕES DE FISIOTERAPIA** - Sendo até o número de 10 ( dez ) sessões; nota fiscal/recibo, preenchimento da solicitação e o pedido médico;  
- Em caso de tratamento prolongado, além da documentação citada anteriormente, laudo médico contendo o diagnóstico da doença, atestado pelo perito do plano, uma cópia autenticada do laudo a cada 10 ( dez ) sessões;  
OBS - Pedido médico no máximo de 10 ( dez ) sessões;
- 4. SESSÕES DE FONOAUDIOLOGIA** - Sendo até 8 ( oito ) sessões; pedido médico, nota fiscal/recibo e o preenchimento da Solicitação de Reembolso;  
- As sessões de fonoaudiologia serão limitadas a um total de 32 ( trinta e duas ) por ano; Sendo:  
- A partir da 9ª sessão, laudo médico contendo o diagnóstico da doença, atestado pelo perito do plano.  
- Apartir da 32ª sessão, outro laudo do médico demonstrando a evolução ou regressão do problema, atestado pelo perito do plano;  
OBS - pedido médico com no máximo de 8 ( oito ) sessões;
- 5. INTERNAÇÕES/CIRÚRGICA** - Preenchimento da solicitação acompanhada de nota fiscal;  
- Pedido de internação cirúrgica com todos os campos preenchidos pelo médico solicitante e autorização do perito do plano;  
- Pedido médico com o nome da patologia e código da AMB/92;  
- Em caso de taxas, materiais e medicamentos, discriminar em listas a parte com quantidade, preço unitário e total;  
- Sendo cobrado anestesista e instrumentador, necessita-se de uma cópia do boletim anestésico, onde devem constar o nome dos profissionais;
- 6. ODONTOLÓGICO** - Preenchimento solicitação e nota fiscal/recibo;  
- Preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico do plano, como se o tratamento fosse feito por profissional credenciado, observando a necessidade de perícia inicial e final, caso ultrapasse 700 ( setecentas ) USO ( unidade de serviço odontológico );  
OBS - Assinatura inicial e final do paciente e a assinatura do profissional que realizou o tratamento.
- 7. RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA** - Preenchimento da Guia de "Encaminhamento Médico", formulário de Solicitação de Reembolso e pedido do odontólogo.
- 8. As Notas Fiscais/Faturas deverão estar sempre em nome do Beneficiário Titular.**