

Tutorial de Reembolso



Portal do Beneficiário
Versão 10/Jun/2024



Acessando o Portal do Beneficiário

Acesse o Portal do Beneficiário indicando o seu usuário e senha

1

Clique na opção **"MEUS SERVIÇOS"** e em seguida em **"SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO"**



Meus Serviços



Solicitação de
reembolso

2

Serão mostrados **4 ÁREAS** para preenchimento: Informações do prestador, do beneficiário, do procedimento e a inclusão dos anexos.

Solicitação de Reembolsos	
	Dados do Prestador
	Dados do Beneficiário
	Procedimento <small>(2%)</small>
	Anexos

Dados do Prestador

3

O preenchimento dos campos **CPF/CNPJ** e **NOME** do prestador são obrigatórios



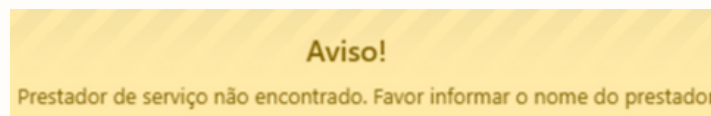
Solicitação de Reembolsos

Dados do Prestador 2

CPF/CNPJ: Nome:

Campo obrigatório Campo obrigatório

Caso o prestador não esteja na base de dados do TRFMED, aparecerá uma mensagem de “Aviso” :



O aviso não impedirá a continuidade da solicitação. Selecione o “X” no canto superior da caixa amarela e continue a preencher o nome do prestador.

4

Não precisa preencher os dados de Especialidade; N Conselho Profissional; Conselho Profissional e UF Conselho Profissional.

5

Informe o **Nº Recibo/NF** e a **DATA RECIBO/NF**.

Esses dados são de extrema importância para o processamento do reembolso.



IMPORTANTE !

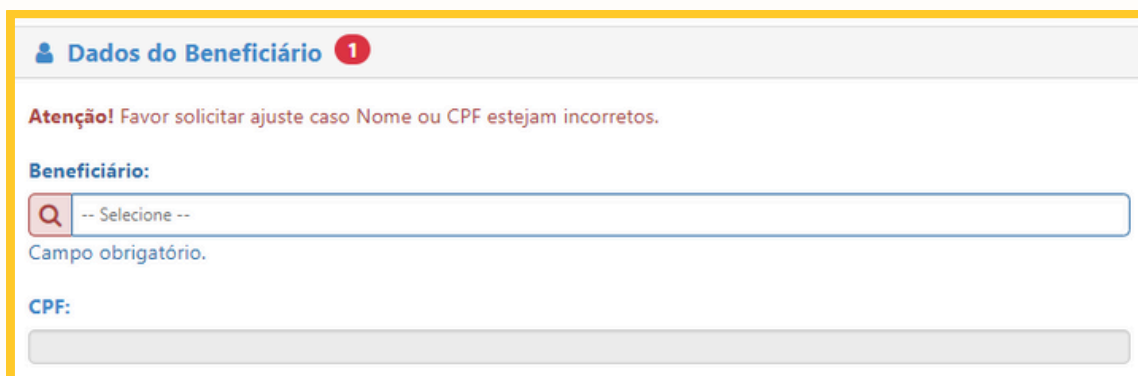
Nº Recibo/NF:

Data Recibo/NF

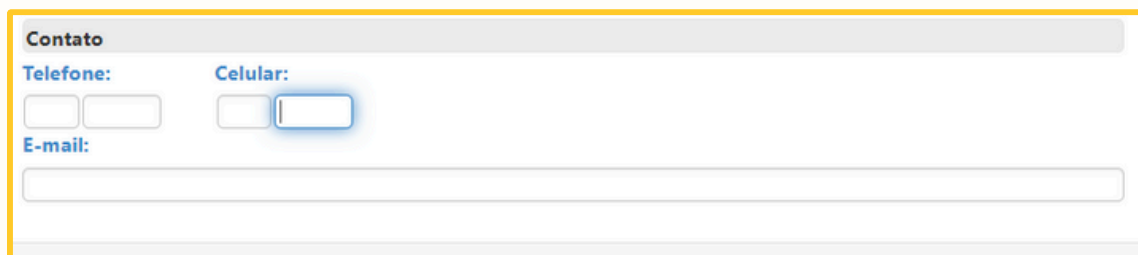
Dados do Beneficiário

6

Selecione o **beneficiário** tomador do serviço, aquele que recebeu o imunizante.



O campo do **CPF** será preenchido automaticamente, não é passível de alteração. Caso identifique erro, entre em contato com o nosso atendimento.

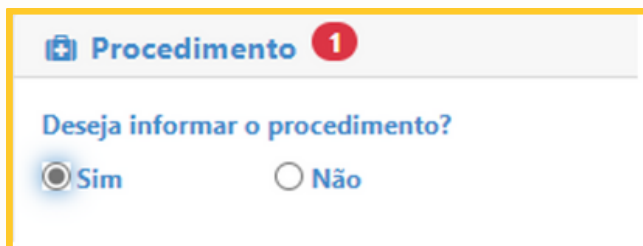



Os campos de contato: **telefone, celular e e-mail** também já virão preenchidos, mas você poderá modificá-los livremente.

Procedimento

7

Na pergunta **"Deseja informar o procedimento?"**, o beneficiário deverá assinalar a opção **"SIM"**



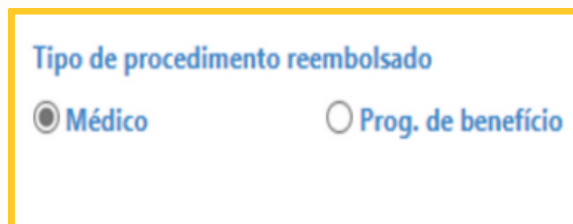
 Procedimento 1

Deseja informar o procedimento?

☒ Sim ☐ Não

8

Em seguida, o beneficiário deverá selecionar em tipo de procedimento a opção **"Médico"**.



Tipo de procedimento reembolsado

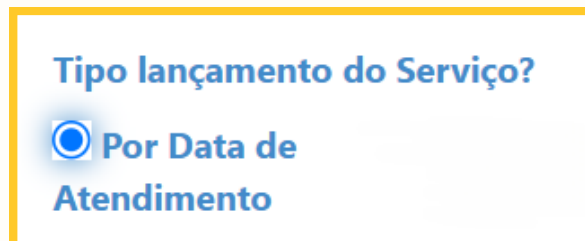
☒ Médico ☐ Prog. de benefício

9

TIPO DE LANÇAMENTO DO SERVIÇO

Aqui você terá duas opções de lançamento.

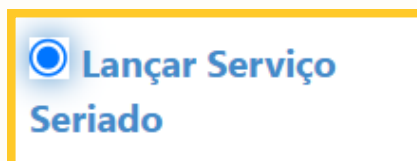
Caso esteja lançando apenas um dose do imunizante, selecione **"por data de lançamento"**



Tipo lançamento do Serviço?

☒ Por Data de Atendimento ☐ Lançar Serviço Seriado

Caso esteja lançando, neste pedido, mais de uma dose do imunizante, selecione **"lançar serviço seriado"**



☒ Lançar Serviço Seriado

A Se optou por data de atendimento (dose única)

Tipo lançamento do Serviço?

☒ Por Data de Atendimento ☐ Lançar Serviços por Quantidade ☐ Lançar Serviço Seriado

Data de Atendimento:

31/05/2024

Inserir no campo **"DATA DE ATENDIMENTO"** a data em que foi aplicado o imunizante.

IMPORTANTE



Inserir a data da realização do atendimento e não a de emissão do documento fiscal!

B Se optou por Lançar serviço seriado (se, neste momento, estiver solicitando reembolso de mais de uma dose)

Selecionar a opção **"Datas Seleccionadas"** e após clicar no calendário constante no campo **"Datas"**, selecione as datas de aplicação do imunizante.

☐ Por Data de Atendimento ☐ Lançar Serviços por Quantidade ☒ Lançar Serviço Seriado

Lançar Serviço Seriado

☐ Período ☒ Datas Seleccionadas

Início: Fim:

Datas: 11/06/2024,12/06/2024,13/06/2024

Procedimento:

Observação:

« Junho 2024 »

Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15

Tipo de Atendimento:

10

Selecione o tipo de lançamento, o beneficiário deverá preencher o campo **"procedimento"**:

Na lista de procedimentos, o nome será sempre:
Imuniza JF5 - Vacina <nome do imunizante>

Procedimento:

Deixar o Campo "Tipo de Atendimento" em branco

Tipo de Atendimento:

11

Inserir o valor constante na nota fiscal do serviço

Valor R\$:

500,00

IMPORTANTE 

Se tiver optado pelo **tipo lançamento serviço seriado**, deve informar o valor de cada uma das doses aplicadas, individualmente.

12

Os beneficiários com comorbidade deverão informar no campo **"observação"**, obrigatoriamente.

13

Clique no botão **"adicionar"** e será sinalizado um resumo do(s) procedimento(s) solicitado(s):



+ Adicionar

Limpar

Anexos

you will need to attach the **nota fiscal**, the **carteira de vacinação** and, if necessary, the **atestado de comorbidade**.

Clicking on  select the file to be inserted
Can be image or pdf, up to 5MB

FINALIZE CLICKING ON 

IMPORTANT



In the vaccination card, we need to view the name of the immunizer, date of application and name of the service recipient. Pay attention if it will be necessary to send the front and back of the document.

Will be displayed a list of attached documents

Arquivos	
Nome	Tamanho (Mb)
NFSe_00011028_06197710.pdf	0.0428

When everything is correct, click on



Solicitar

After the confirmation of the request, a **protocol number** and a **call number** will be generated:

Aviso!

Solicitação 17 efetuada com sucesso. Protocolo ANS [11111120230428000156]



Tudo pronto!

**Sua solicitação de reembolso do programa
Imuniza JF5 foi realizada!**

**Para verificar o status do procedimento,
consulte o andamento da solicitação pelo
Portal do Beneficiário ou via App TRFMED.**



Fique atento ao prazo

**O beneficiário poderá apresentar
notas fiscais para ressarcimento em
até 90 (noventa) dias da data de
aplicação da vacina.**



Canais de Comunicação TRFMED

Acompanhe nossos canais de comunicação pra ficar por dentro da sua Autogestão em Saúde e aproveitar ainda mais!

Escolha seu preferido e seja sempre bem-vindo!

Central de Atendimento

 **(81) 3425.9970**

Instagram

 **@trfmedsaude**

Facebook

 **TRFMED Autogestão**

Youtube

 **@TRFMED**

Site

 **trfmed.trf5.jus.br**

E-mail

 **atendimento.trfmed@trf5.jus.br**

Comunidade WhatsApp

para receber atualizações, acesse o QR Code abaixo:



Portal do Beneficiário



Aqui você tem acesso ao Fale Conosco e ao quadro de avisos

