

## Tutorial de Reembolso



Portal do Beneficiário  
Versão maio/2024



## IMUNIZA JF5

1

Após acessar o Portal do Beneficiário,  
Clique na opção **"MEUS SERVIÇOS"**  
e em seguida em **"SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO"**



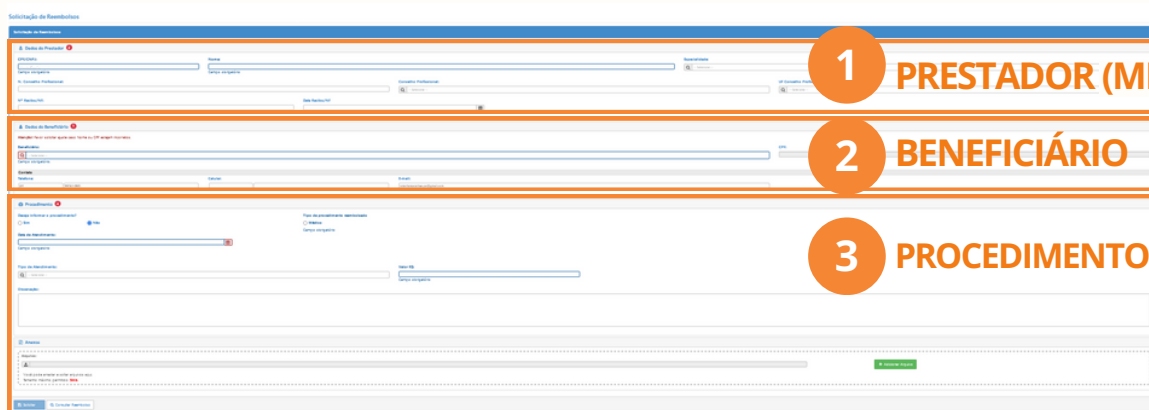
Meus Serviços



Solicitação de  
reembolso

2

Serão mostrados **3 CAMPOS** para preenchimento



The screenshot shows a web form titled 'Solicitação de Reembolso'. It is divided into three main sections, each highlighted with an orange border and a numbered label to the right:

- 1 PRESTADOR (MÉDICO)**: The first section contains fields for 'Nome', 'CPF', 'Endereço', 'Telefone', and 'E-mail'.
- 2 BENEFICIÁRIO**: The second section contains fields for 'Nome', 'CPF', 'Endereço', 'Telefone', and 'E-mail'.
- 3 PROCEDIMENTO**: The third section contains a dropdown menu for 'Procedimento' and a text area for 'Observações'.

## Dados do Prestador

3

Preencha os campos obrigatórios **CPF/CNPJ** e **NOME** do prestador

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

### Aviso!

Prestador de serviço não encontrado. Favor informar o nome do prestador

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

O preenchimento das demais áreas dos Dados do Prestador é opcional.

### ! IMPORTANTE

5

Nos casos de solicitação de reembolso com **Nota Fiscal**, o **NÚMERO** e a **DATA** são de extrema importância para o processo de reembolso.

CPF/CNPJ:

Campo obrigatório

Nome:

Campo obrigatório

Nº Recibo/NF:

Data Recibo/NF

## Dados do Beneficiário

6

Selecione o **beneficiário** tomador do serviço

**Beneficiário:**

Campo obrigatório.

Os campos telefone e endereço de e-mail já virão preenchidos. O beneficiário poderá modificá-los livremente. Em caso de haver mais de um beneficiário no plano, escolha qual beneficiário se trata a solicitação. Após essa seleção, o campo CPF será automaticamente preenchido, não passível de alteração.

Contato		
Telefone:	Celular:	E-mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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

## Lançamento de Reembolso

1

Marque a opção  
**"POR DATA DE ATENDIMENTO"**

Tipo lançamento do Serviço?

☒ Por Data de Atendimento



**IMPORTANTE:**

2

A **"DATA DE ATENDIMENTO"** é um campo obrigatório da sua solicitação.

Data de Atendimento:

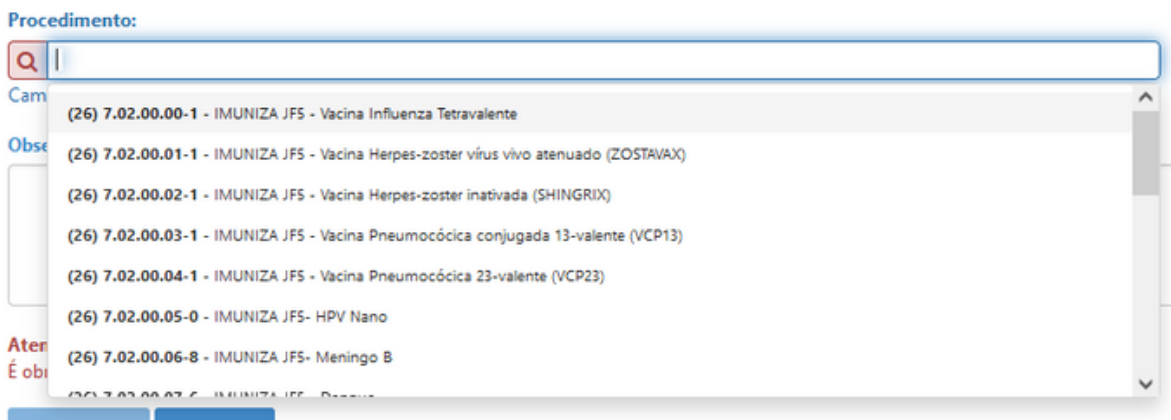


Campo obrigatório

3

Selecionado o tipo de lançamento, o beneficiário deve **preencher os campos**:

### "PROCEDIMENTO"



### IMPORTANTE

Na solicitação para reembolso de vacinas, o beneficiário digitará em "procedimento" o nome do programa "Imuniza JF5" ou vacina. Em seguida, aparecerá a lista de vacinas oferecidas. Esse é o momento de escolha para qual vacina haverá reembolso.

4

### "VALOR"

Valor R\$:

Campo obrigatório

5

Selecione a opção **"adicionar"** e será sinalizado um resumo do(s) procedimento(s) solicitado(s):

Procedimentos lançados			
Matrícula: 005768-1	Procedimento: (26) 7.02.00.00-1 - IMUNIZA JF5 - Vacina Influenza Tetavalente		X
Tipo de Atendimento: Observação:	Dt Atendimento: 03/04/2024		Valor: 70,00

6

Anexe os documentos necessários: NF e carteira de vacinação.

Anexos

Arquivo:

+ Adicionar Arquivo

Você pode arrastar e soltar arquivos aqui.  
Tamanho máximo permitido: 5mb

Arquivos		
Nome	Tamanho (Mb)	
Carteira de Vacinação.pdf	0.3840	
Nota Fiscal.pdf	0.0443	



## IMPORTANTE

Pessoas com comorbidades também devem anexar laudo nos casos necessários.

7

Após a etapa de anexo, clicar em solicitar

8

Será gerado um **número de protocolo** e um **número de chamado**:

### 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 TRMED.**



## Prazo para solicitar reembolso

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

