

## Tutorial de Reembolso









Portal do Beneficiário  
Versão Jun/24



Após a aprovação da inscrição no **Acolher**, você já pode solicitar o reembolso pelo programa

## Etapas

-  Reembolso Acolher
-  Dados do Prestador
-  Dados do Beneficiário
-  Procedimento
-  Tipos de Lançamento
-  Solicitação

# Reembolso ACOLHER

1

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



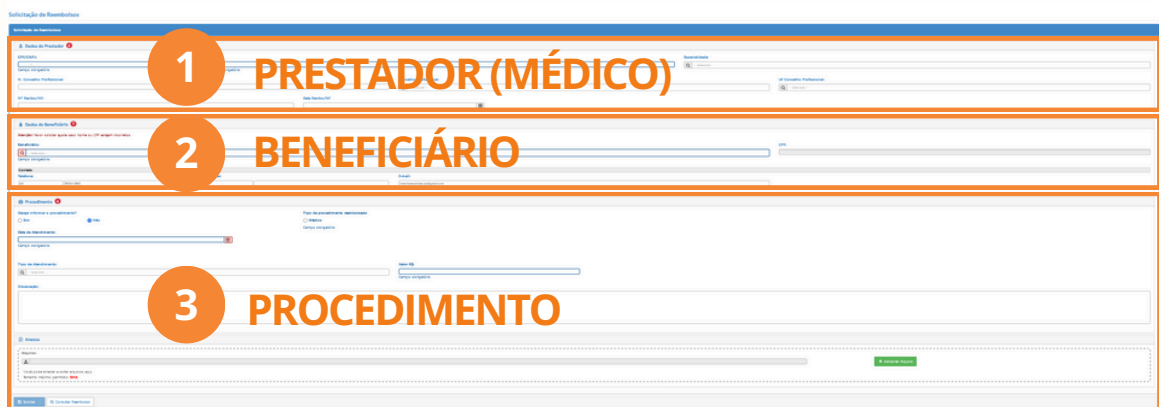
Meus Serviços



Solicitação de  
reembolso

2

Serão mostrados **3 CAMPOS** para preenchimento



The screenshot shows a web form titled 'Solicitação de Reembolso'. It contains three main sections, each highlighted with an orange border and a numbered circle:

- 1 PRESTADOR (MÉDICO)**: The first section, containing fields for 'Nome do Prestador', 'CPF', 'Endereço Profissional', and 'Assinatura Profissional'.
- 2 BENEFICIÁRIO**: The second section, containing fields for 'Nome do Beneficiário', 'CPF', 'Endereço', and 'Assinatura'.
- 3 PROCEDIMENTO**: The third section, containing a large text area for 'Descrição do Procedimento' and a 'Salvar' button.

## 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 a uma mensagem de “Aviso” como abaixo:

### 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 prossiga a preencher o nome do prestador.

4

Preencha os demais campos da área **DADOS DO PRESTADOR**.

ESPECIALIDADE  
DADOS DO CONSELHO  
PROFISSIONAL (NOME, Nº DO  
REGISTRO E UF).

### ! 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:**

Q

Campo obrigatório.

Os campos telefone e endereço de e-mail virão previamente preenchidos. O beneficiário poderá modificá-los a seu critério. Em caso de haver mais de um beneficiário no plano, selecione sobre 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 style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

## Procedimento

7

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

 **Procedimento 1**

Deseja informar o procedimento?



☐ Não

8

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

Tipo de procedimento reembolsado

☐ Médico



☒ Prog. de benefício

9

No campo **PROCEDIMENTO** digite as iniciais do programa: **ACOLHER** e selecione o serviço realizado pelo beneficiário.

Procedimento:



Cam

Tipo



Valo

Cam

Obse

(24) 7.01.00.01-1 - ACOLHER - Consulta médica de acompanhamento de tratamento prescrito

(24) 7.01.00.02-1 - ACOLHER - Consulta/avaliação nutricionista

(24) 7.01.00.03-1 - ACOLHER - sessão nutricionista

(24) 7.01.00.04-1 - ACOLHER - Consulta fisioterapia

(24) 7.01.00.05-1 - ACOLHER - Sessão fisioterapia

(24) 7.01.00.06-1 - ACOLHER - Consulta/avaliação terapia ocupacional

(24) 7.01.00.07-1 - ACOLHER - Sessão terapia ocupacional

(24) 7.01.00.08-1 - ACOLHER - Sessão terapia ocupacional - método Interação Especial

## Tipos de lançamento

Serão disponibilizadas **3 opções** de tipo de lançamento para seleção de acordo com o tipo de solicitação:



DATA DE ATENDIMENTO



LANÇAR SERVIÇO POR QUANTIDADE



LANÇAR SERVIÇO SERIADO

Vamos entender para quais ocasiões  
servem cada um desses?



## DATA DE ATENDIMENTO

Melhor opção para os casos em que a **NOTA FISCAL/RECIBO** possui apenas **1 SOLICITAÇÃO** de reembolso.

Exemplo: Consulta Médica

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



## LANÇAR SERVIÇO POR QUANTIDADE

Melhor opção para os casos em que a **NOTA FISCAL** ou **RECIBO** possui **MAIS DE UMA (1) SOLICITAÇÃO** de reembolso na **MESMA DATA**.

Exemplo: Nota Fiscal (NF)/Recibo com 2 sessões de acupuntura realizadas na mesma data.

1

Marque a opção **"LANÇAR SERVIÇOS POR QUANTIDADE"**.

☒ Lançar Serviços por Quantidade



**ATENÇÃO:**

2

Os campos **"DATA DE ATENDIMENTO"** e **"QUANTIDADE"** são obrigatórios para sua solicitação.

Data de Atendimento:



Campo obrigatório

Quantidade:

Campo obrigatório

## LANÇAR SERVIÇO SERIADO

Melhor opção para os casos em que a **NOTA FISCAL/RECIBO** possui **MAIS DE 1 SOLICITAÇÃO** de reembolso em **INTERVALO DE TEMPO MAIOR QUE 1 DIA**.

Exemplo: 4 sessões de psicoterapia realizadas ao longo do mês.

1

Marque a opção **"LANÇAR SERVIÇO SERIADO"**.

☒ Lançar Serviço Seriado



**ATENÇÃO:**

2

Ao selecionar a opção acima, aparecerão duas opções: **"Período"** e **"Datas Selecionadas"**.

Qual opção  
selecionar de acordo  
com seu caso?  
Veja a seguir!

☐ Período

☐ Datas Selecionadas

## Opção Período

Melhor opção para os casos em que o serviço tomado ocorre de **FORMA CONSECUTIVA**.

Exemplo: 4 sessões de psicoterapia realizadas **consecutivamente nos dias 04, 05, 06 e 07** do mês de Setembro.

1 Marque a opção **"PERÍODO"**.

☒ Período

2 Preencha com a **data da primeira sessão**, em seguida, a **data da última realizada**.

Início:

04/09/2023



Fim:

07/09/2023



## Opção Data Selecionada

Melhor opção para os casos em que o serviço tomado ocorre de **FORMA NÃO CONSECUTIVA** ao longo do mês.

Exemplo: 4 sessões de psicoterapia realizadas **consecutivamente** nos dias **02, 04, 01 e 16** do mês de Setembro.

1

Marque a opção **"DATAS SELECIONADAS"**.

☒ **Datas Selecionadas**

2

Em seguida selecione as **datas de realização dos serviços**.

« Agosto 2023 »						
Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb
30	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	1	2
3	4	5	6	7	8	9
Limpar						

**Datas:**

02/08/2023,04/08/2023,10/08/2023,16/08/2023

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

### "PROCEDIMENTO"

1

Procedimento:

Campo obrigatório.

### "TIPO DE ATENDIMENTO"

2

Tipo de Atendimento:

Campo obrigatório.

### "VALOR"

3

Valor R\$:

Campo obrigatório.



### IMPORTANTE

4

Caso o beneficiário queira sinalizar alguma especificidade na solicitação, o **campo "observação"** poderá ser preenchido com estas.

Observação:

5

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

Procedimentos selecionados			
Matrícula: [REDACTED]	Procedimento: (19) 3.16.01.01-4 - ACUPUNTURA POR SESSAO		X
Tipo de Atendimento: 6 - (SADI) ATENDIMENTO DOMICILIAR			
Observação: exemplo manual			
	Di. Atendimento: 17/04/2023	Valor: 150,00	
Matrícula: 906026-7	Procedimento: (19) 3.16.01.01-4 - ACUPUNTURA POR SESSAO		X
Tipo de Atendimento: 6 - (SADI) ATENDIMENTO DOMICILIAR			
Observação: exemplo manual			
	Di. Atendimento: 18/04/2023	Valor: 150,00	
Matrícula: 906026-7	Procedimento: (19) 3.16.01.01-4 - ACUPUNTURA POR SESSAO		X
Tipo de Atendimento: 6 - (SADI) ATENDIMENTO DOMICILIAR			
Observação: exemplo manual			
	Di. Atendimento: 19/04/2023	Valor: 150,00	

6

Finalizados os preenchimentos obrigatórios, deverá ser selecionada a opção **"Solicitar"**. Em seguida, será aberta a janela para confirmar a solicitação. Clique em **"Confirmar"** para concluir ou **"Cancelar"** para desfazê-la.

Solicitação de Reembolso

Confirma o envio do reembolso com os seguintes procedimentos?

Procedimento	Valor
(19) 8.10.11.90-3 - Fisioterapia Motora por sessão em domicilio(Confiare)	0,01

✓ Confirmar

Cancelar

7

Após a confirmação da solicitação, será gerado um **número de protocolo** e um **número de chamado**:

#### Aviso!

Solicitação 17 efetuada com sucesso. Protocolo ANS [11111120230428000156]



**Sua solicitação de Reembolso do programa Acolher foi realizada!**

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

# 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

