

Tutorial de Cadastro

PROGRAMA
De bem com a
VIDA



SEI
Versão Julho/2024



1 Após o login no SEI, clique em: Iniciar Processo

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL 5ª REGIÃO

sei!

Pesquisar no Menu

- Acompanhamento Especial
- Base de Conhecimento
- Blocos
- Contatos
- Controle de Prazos
- Controle de Processos
- Estatísticas
- Favoritos
- Grupos
- Iniciar Processo**
- Marcadores
- Painel de Controle
- Pesquisa
- Pontos de Controle
- Processos Sobrestados
- Reabertura Programada
- Relatórios
- Retorno Programado
- Textos Padrão

Controle de Processos

Ver atribuídos a mim Ver por marcadores Ver por tipo Ver por...

<input checked="" type="checkbox"/>		Recebidos
<input type="checkbox"/>		0002109-20.2024.
<input type="checkbox"/>		0001482-16.2024.
<input type="checkbox"/>		0001820-87.2024.
<input type="checkbox"/>		0002213-12.2024.
<input type="checkbox"/>		0002430-55.2024.
<input type="checkbox"/>		0016628-34.2023.
<input type="checkbox"/>		0001823-42.2024.
<input type="checkbox"/>		0001737-21.2024.
<input type="checkbox"/>		0006584-53.2023.
<input type="checkbox"/>		0009035-22.2021.
<input type="checkbox"/>		0002062-46.2024.

2

Escolha o tipo do processo. Procure por TRFMED Programa De Bem Com a Vida.

Escolha o Tipo do Processo: 

Clique neste ícone para aparecer mais opções

Licença Saúde - LTS

Termo de Abertura

Termos

3

Descreva o processo (opcional) .

Iniciar Processo

Tipo do Processo:

TRFMED - Programa De Bem com a Vida

Especificação:

Prioridade:

Classificação por Assuntos:

20.08.06.03 - Assistência social

Interessados:

Observações desta unidade:

Nível de Acesso

Sigiloso

Restrito

Público

Hipótese Legal:



O acesso ao processo é sigiloso

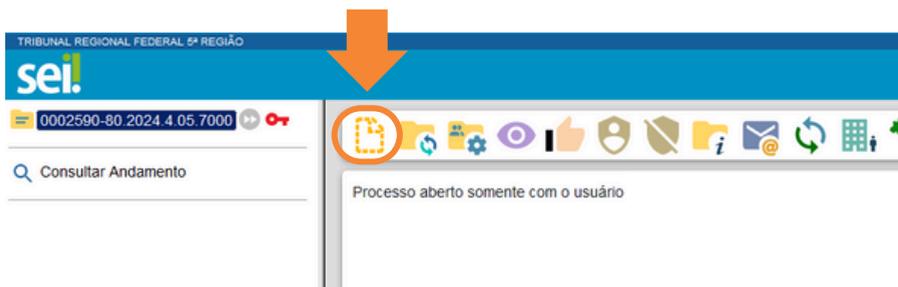
Clique em **Salvar**

Salvar

Cancelar

4

Clique no ícone para gerar um documento



5

No tipo de documento, procure por:
DBCAV Requerer Autorização Prévia



6

Os campos em branco são opcionais. **Clique em Salvar** no canto direito inferior da tela.

Gerar Documento

DBCAV - Requer. de Autorização Prévia

Texto Inicial

Documento Modelo
 Texto Padrão
 Nenhum



7

Clique no ícone editar o documento e preencha o requerimento




 TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL 1ª REGIÃO
 PROGRAMA DE BEM COM A VIDA
 REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE	
NOME:	MATRICULA:
ÓRGÃO: [] TRF 1ª Região [] SJPE [] SJPB [] SJ/CE [] SJEN [] SJ/SE [] SJAL	SITUAÇÃO: [] Magistério [] Servidor Ativo [] Requerido Removido [] Cargo Comissionado
CARGO:	RAMAL:
CELULAR:	E-MAIL:

CATEGORIA DE REEMBOLSO

[] SESSÕES DE PSICOTERAPIA	[] REQUERIMENTO INICIAL
[] CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS	[] REQUERIMENTO DE CONTINUIDADE COM NOVO ASSISTENTE
[] SESSÕES DE FISIOTERAPIA	
[] CONSULTA COM NUTRICIONISTA	

INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME:

NÚMERO DO REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSE:

REQUERIMENTO INICIAL

Senhor(a) Diretor(a) da Unidade de Assistência à Saúde,

O (A) beneficiário(a) acima identificado(a) vem, requerer a autorização prévia para participar do Programa de Bem com a Vida, na categoria de reembolso acima assinalada, nos termos do regulamento do referido Programa. Para tanto, informa já ter enviado documentação sigilosa devidamente para esta Unidade de Assistência à Saúde.

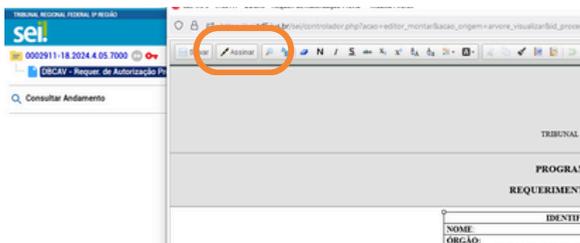
REQUERIMENTO DE CONTINUIDADE DO REEMBOLSO COM NOVO ASSISTENTE

Senhor(a) Diretor(a) da Unidade de Assistência à Saúde

O (A) beneficiário(a) acima identificado(a) vem comunicar a mudança de profissional assistente e solicitar a continuidade do reembolso da categoria acima assinalada. Para tanto, informa já ter enviado a documentação sigilosa emitido pelo atual assistente para análise dessa Unidade.

8

Em seguida, assine o documento eletronicamente assim que preencher as informações ou clicando no ícone



TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL 2º REGIÃO

PROGRAMA DE BEM COM A VIDA

REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE	
NOME:	MATRICULA:
ÓRGÃO: [] TRF 2ª Região [] SJPE [] SJPB [] SJ/CE [] SJREN [] SJ/SE [] SJ/AL	SITUAÇÃO: [] Magistrado [] Servidor Ativo [] Requerido Removido [] Cargo Comissionado
CARGO:	RAMAL:
CELULAR:	E-MAIL:

CATEGORIA DE REEMBOLSO	
[] SESSÕES DE PSICOTERAPIA	[] REQUERIMENTO INICIAL
[] CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS	[] REQUERIMENTO DE CONTINUIDADE COM NOVO ASSISTENTE
[] SESSÕES DE FISIOTERAPIA	
[] CONSULTA COM NUTRICIONISTA	

INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME:

NÚMERO DO REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSE:

REQUERIMENTO INICIAL

Sendo(x) Diretor(x) da Unidade de Assistência à Saúde,

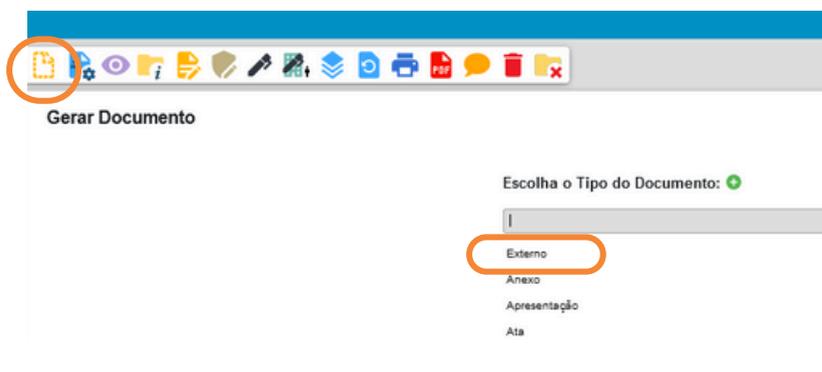
O (A) beneficiário(s) acima identificado(s) vem, requerer a autorização prévia para participar do Programa de Bem com a Vida, na categoria de reembolso acima assinalada, nos termos do regulamento do referido Programa. Para tanto, informa já ter enviado documentação sigilosa devidamente para essa Unidade de Assistência à Saúde.

REQUERIMENTO DE CONTINUIDADE DO REEMBOLSO COM NOVO ASSISTENTE

Sendo(x) Diretor(x) da Unidade de Assistência à Saúde

O (A) beneficiário(s) acima identificado(s) vem solicitar a mudança de profissional assistente e solicitar a continuidade do reembolso da categoria acima assinalada. Para tanto, informa já ter enviado a documentação sigilosa emitido pelo atual assistente para análise dessa Unidade.

Para incluir a documentação obrigatória:
 clique no ícone Incluir Documento, em seguida
 selecione o Tipo do Documento - Externo



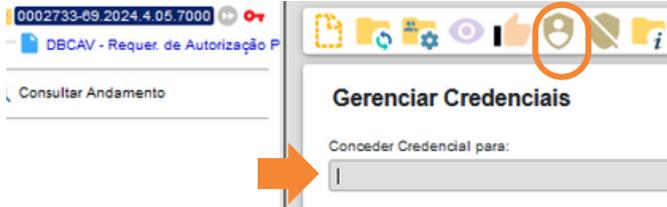
Documentos obrigatórios de acordo com a especialidade:

Especialidade	Documentos necessário para autorização prévia
Psiquiatria	Laudo do médico assistente com justificativa do acompanhamento, diagnóstico, assinatura e CRM
Psicoterapia	Atestado do psicólogo assistente, no qual conste: a) fundamentação da necessidade do tratamento; b) diagnóstico codificado (Classificação Internacional de Doenças); c) especificação da natureza do tratamento a ser administrado.
Nutrição	Documento do nutricionista assistente com a justificativa do acompanhamento, assinatura e registro do Conselho profissional.
Fisioterapia	Documento do fisioterapeuta assistente com a justificativa do acompanhamento, modalidade terapêutica, assinatura e registro do Conselho profissional.

Esse quadro também está disponível no Portal do TRFMED

10

Clique no ícone e conceda as credenciais para o médico do órgão de saúde.



Credenciais dos médicos:

JMLOPES
T_RSVASCONCELOS
FTKOVACS
MCGUERRA

TRF5

BRUNAKW

AL

LUCAS.PEREIRA

PE

DIEGO.MORAES

PB

JOYCE.HUSSAIN

SE

ANTONIOJUNIOR

RN

MED 1
CARLOS.GARCIA
JULIANA.RIBEIRO

CE

E-mail para envio de documentação



Órgão	E-mail	SEI - Núcleo de Saúde	SEI - TRFMED
TRF5	atestados.saude@trf5.jus.br	TRF5 - NAS	T5 - TRFMED - ATEND
AL	saude@jfal.jus.br	AL - GABNGP	AL - TRFMED
CE	atestados.saude@jfce.jus.br	CE - NGP - SAUDE	CE - TRFMED
PB	atestados.saude@jfpb.jus.br	PB - SAUDE	PB - TRFMED
PE	atestadomedico@jfpe.jus.br	PE - MEDICO	PE - TRFMED
RN	saude@jfrn.jus.br	RN - SAUDE	RN - TRFMED
SE	ngp.medicos@jfse.jus.br	SE - SAUDE	SE - TRFMED

A escolha deve ser feita de acordo com a sua lotação

O Órgão de Saúde disponibilizará uma declaração que deverá ser enviado ao TRFMED através do canal Fale Conosco disponível no Portal TRFMED e no APP TRFMED.

1

Abra um Fale Conosco.

2

Escolha a Categoria: Cadastro no Programa De Bem Com A Vida (DBVAC).

3

Anexe a declaração do órgão de saúde e as documentações necessárias.

4

Pronto! Agora é com a gente.

