

# 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:

Salvar Voltar



Clique em **Salvar**

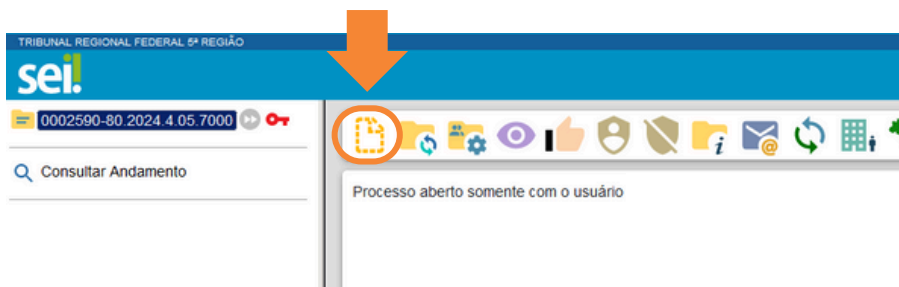
Salvar Voltar



O acesso ao processo é sigiloso

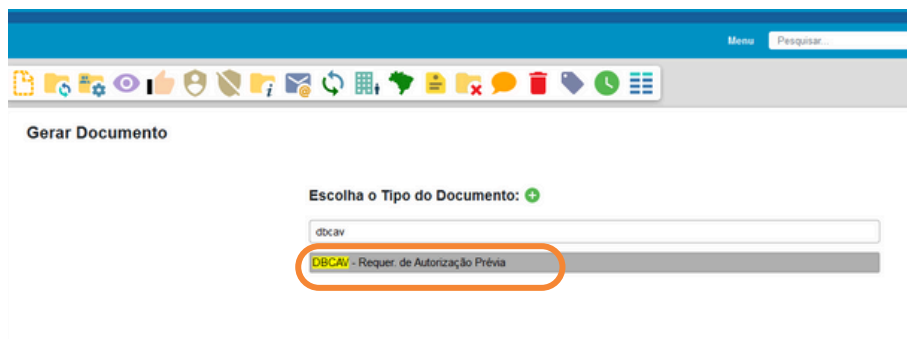
4

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

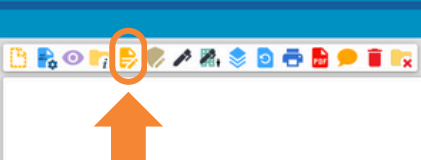
Texto Inicial


Documento Modelo  
 Texto Padrão  
 Nenhum



7

Clique no ícone editar o documento e preencha o requerimento

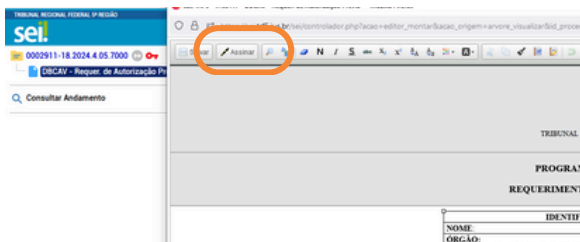


  
 TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL 9ª REGIÃO  
 PROGRAMA DE BEM COM A VIDA  
 REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

| IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE  |  |
|---|--|
| NOME:   | MATRICULA:   |
| ÓRGÃO:<br>[ ] TRF 9ª Região [ ] SJPE [ ] SJPB [ ] SJ/CE [ ] SJEN [ ] SJ/SE [ ] SJAL   | SITUAÇÃO:<br>[ ] Magistério [ ] Servidor Ativo [ ] Requerido Removido [ ] Cargo Comissionado |
| CARGO:  | RAMAL:   |
| CELULAR:  | E-MAIL:  |
| CATEGORIA DE REEMBOLSO  |  |
| [ ] SESSÕES DE PSICOTERAPIA<br>[ ] CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS<br>[ ] SESSÕES DE FISIOTERAPIA<br>[ ] CONSULTA COM NUTRICIONISTA   | [ ] REQUERIMENTO INICIAL<br>[ ] REQUERIMENTO DE CONTINUIDADE COM NOVO ASSISTENTE             |
| 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,<br>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 esta Unidade de Assistência à Saúde. |  |
| REQUERIMENTO DE CONTINUIDADE DO REEMBOLSO COM NOVO ASSISTENTE   |  |
| Senhor(a) Diretor(a) da Unidade de Assistência à Saúde<br>O (A) beneficiário(s) acima identificado(s) 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

A screenshot of a document viewer interface. At the top, a toolbar contains various icons, with a signature icon circled in orange and an orange arrow pointing to it. The document content includes the logo of the Tribunal Regional Federal do 8º Região, the title 'PROGRAMA DE BEM COM A VIDA', and 'REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA'. The form is divided into several sections: 'IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE', 'CATEGORIA DE REEMBOLSO', 'INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL PRESTADOR DO SERVIÇO', and 'REQUERIMENTO INICIAL'.

| IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE   |   |
|--|---|
| NOME:  | MATRICULA:  |
| ÓRGÃO: [ ] TRF 8º 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:        |  |

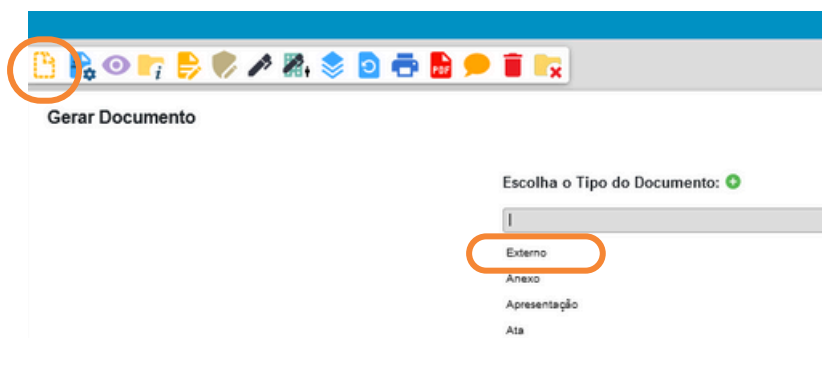
| REQUERIMENTO INICIAL  |  |
|---|--|
| Senhor(x) Diretor(x) da Unidade de Assistência à Saúde,<br>O (A) beneficiário(s) acima identificado(s) vem, requerer a autorização prévia para participar do Programa de Bem com a Vida, na categoria de reembolso acima assinalada, nos termos do regulamento do referido Programa. Para tanto, informa já ter enviado documentação sigilosa devidamente para esta Unidade de Assistência à Saúde. |  |

| REQUERIMENTO DE CONTINUIDADE DO REEMBOLSO COM NOVO ASSISTENTE  |  |
|--|--|
| Senhor(x) Diretor(x) da Unidade de Assistência à Saúde<br>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. |  |

9

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



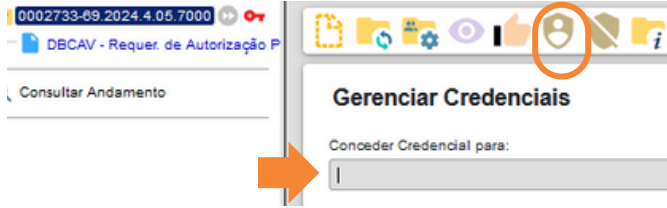
## Documentos obrigatórios de acordo com a especialidade:

| 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:<br>a) fundamentação da necessidade do tratamento;<br>b) diagnóstico codificado (Classificação Internacional de Doenças);<br>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.

