



# Programa de Autogestão em Saúde Justiça Federal da 5ª Região

Cartilha de inscrição



Bem vindo ao TRFMED!!

É um prazer tê-lo aqui conosco!

Eu sou o Ted, o assistente do TRFMED, e hoje irei te mostrar como é rápido e prático usar os formulários web do Programa de Autogestão da Justiça Federal da 5ª Região!!

Vamos lá?

Seção 1

# Acesso aos Formulários



Para começarmos, vou te mostrar  
como encontrar os  
formulários!

Eles estão disponíveis tanto na **internet**  
quanto na **intranet**.

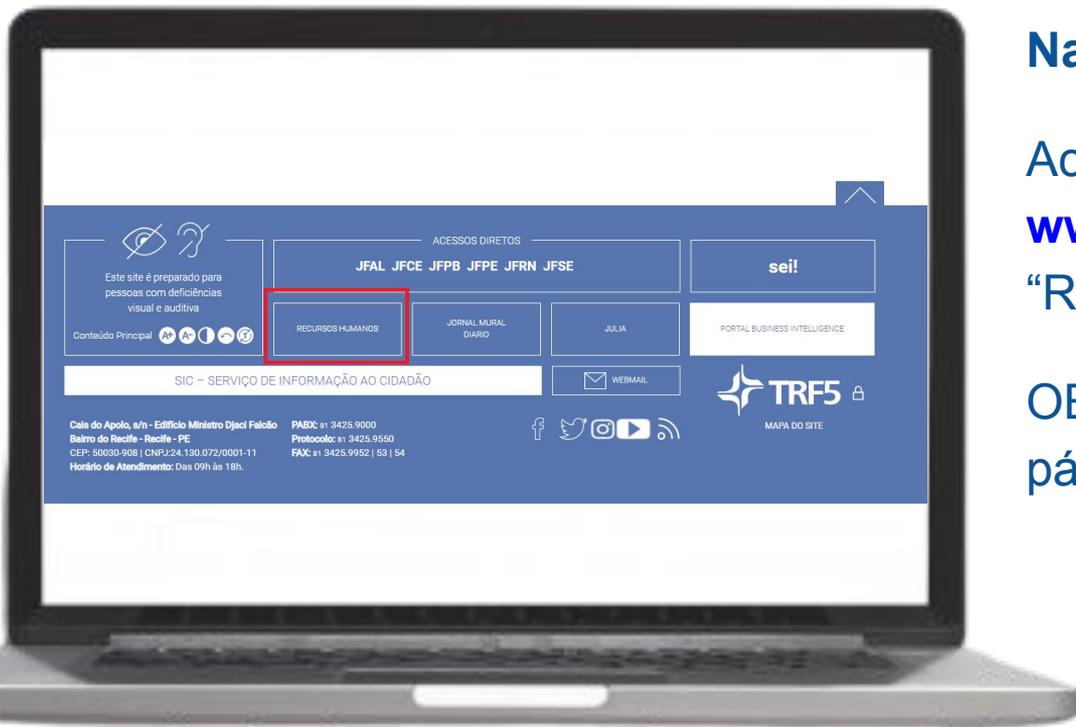
Talvez você já esteja familiarizado,  
é no mesmo local onde  
você confere o seu contracheque!

# Acesso aos Formulários

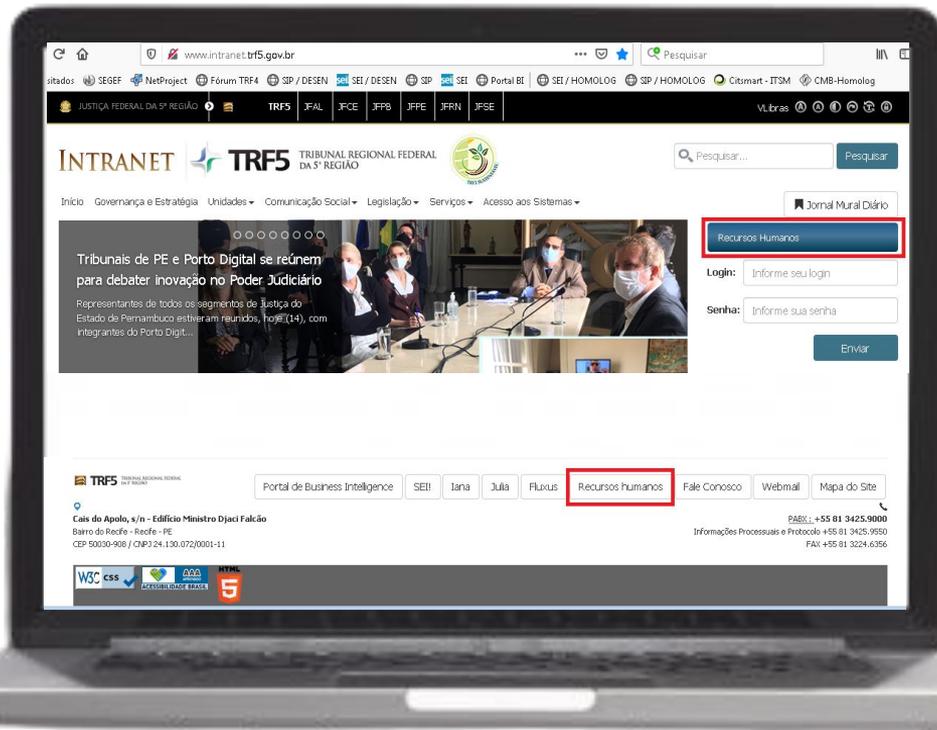
**Na internet:**

Acesse o site do TRF5  
[www.trf5.jus.br](http://www.trf5.jus.br) e clique em  
“Recursos humanos”.

OBS: o mesmo vale para as  
páginas das seccionais.



# Acesso aos Formulários



Na intranet:

Acesse

<http://www.intranet.trf5.gov.br>

e clique em “Recursos Humanos” (disponível em dois locais da página).

OBS: o mesmo vale para as páginas das seccionais.



Antes de continuarmos,  
você pode estar pensando:

"Eita! Não tenho ideia da minha senha!  
Como vou fazer?"

Tranquilo! Não se preocupe!  
Vou te mostrar o passo a passo para conseguir  
uma nova senha!!

Se mesmo assim você precisar  
de ajuda, contate a  
equipe GSSL!

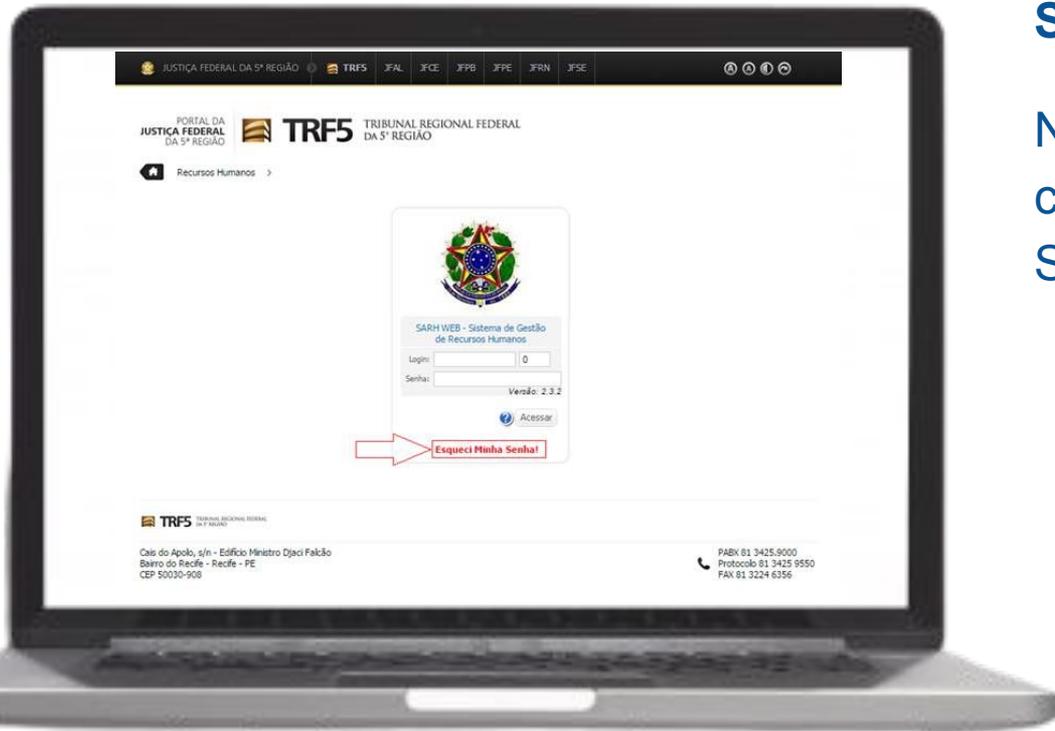


[GSSL@trf5.jus.br](mailto:GSSL@trf5.jus.br)

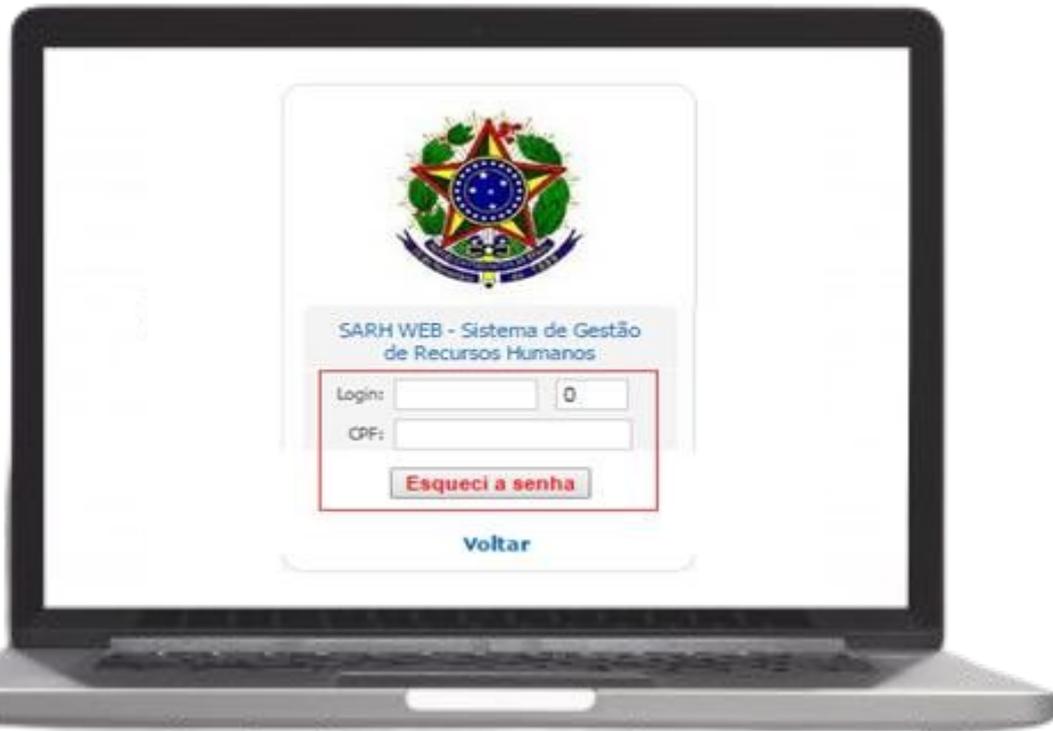
# Acesso aos Formulários

## Solicitar nova senha:

Na tela de login do sistema, clique em “Esqueci minha Senha!”.



# Acesso aos Formulários

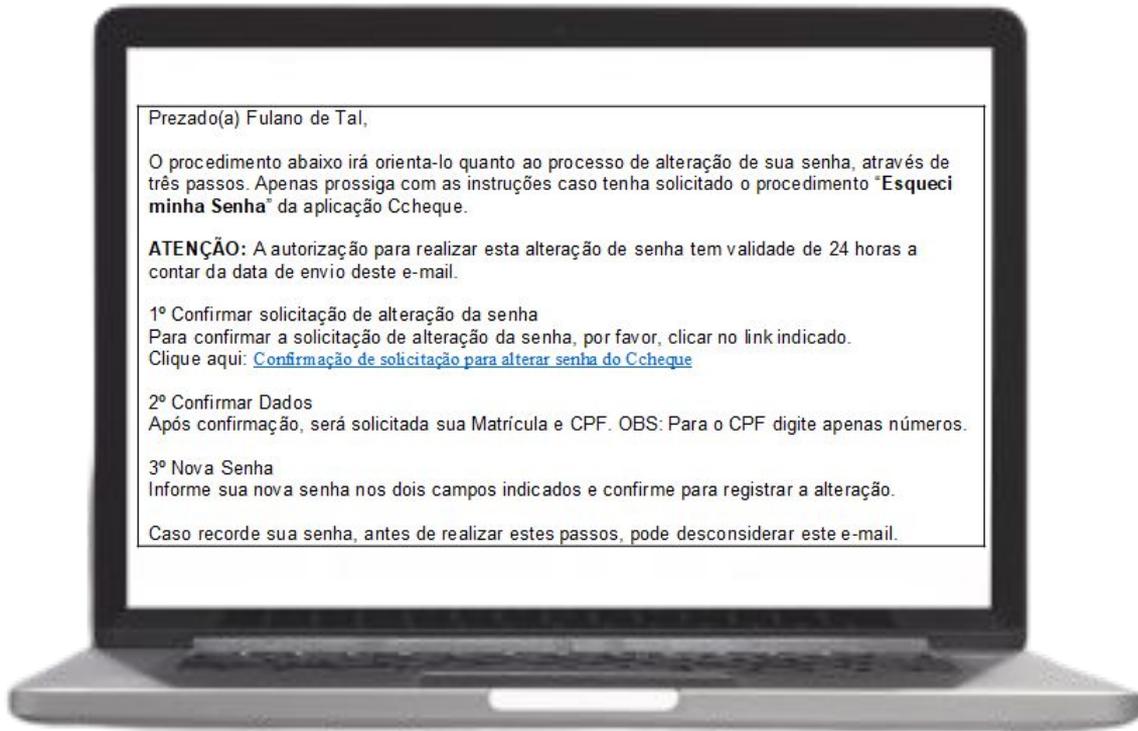


## Solicitar nova senha:

Na tela seguinte, preencha os campos com Matrícula e CPF (sem pontuação, apenas números).

Após isso, será enviado um link ao e-mail cadastrado no SARH. Caso o e-mail não esteja cadastrado, será exibido um aviso para procurar o setor de cadastro (RH) e realizar esse cadastro.

# Acesso aos Formulários



## Solicitar nova senha:

Ao receber o e-mail no modelo ao lado, siga os passos descritos para conseguir o acesso!



Tudo certo  
até aqui?

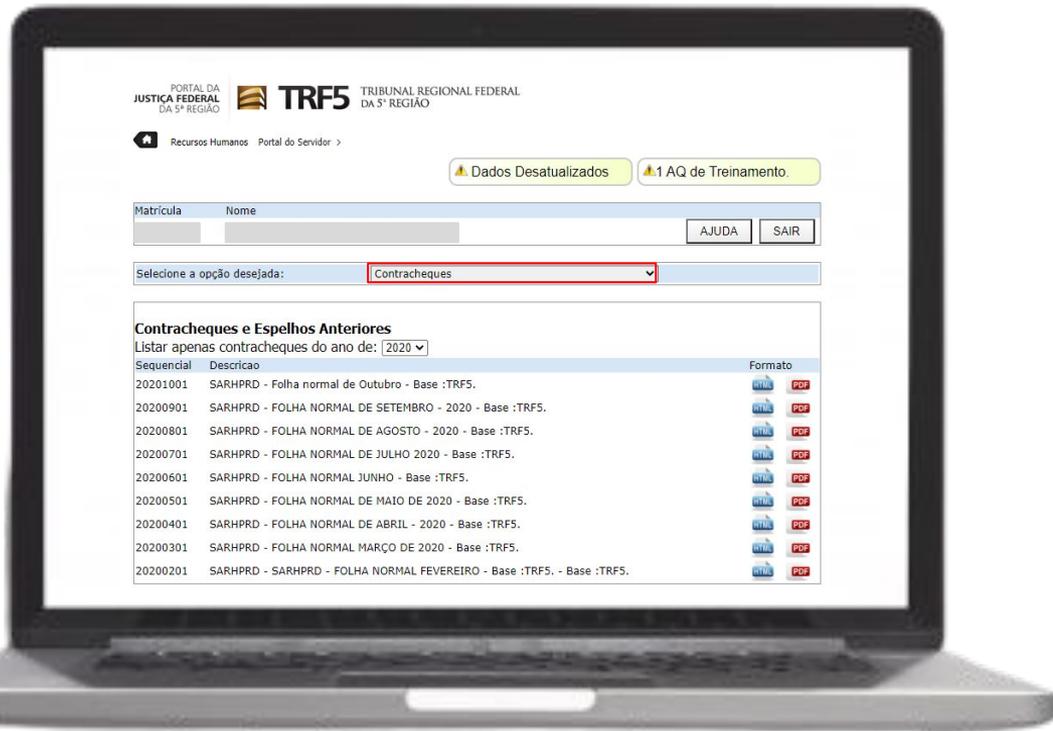
Seção 2

# Formulário de Inscrição



Agora que você já está conseguindo acessar o sistema de RH, vamos ver onde encontrar o formulário de inscrição no TRFMED??

# Formulário de Inscrição



No menu, selecione a opção “Inclusão / alteração” no grupo TRFMED

# Formulário de Inscrição



No menu, selecione a opção  
“Inclusão / alteração” no grupo  
TRFMED



Agora vamos ver quais são as etapas para completar a sua inscrição!

Vamos começar pelo Titular, lembrando:  
magistrado, servidor,  
aposentado ou pensionista!

# Formulário de Inscrição

Matrícula: [redacted] Nome: [redacted] AJUDA SAIR

Selecione a opção desejada: Inclusão/Alteração

**TITULAR**

Nome: [redacted] Data Nascimento: 28/09/1978

CPF: [redacted] RG: [redacted] Órgão Emissor: SDS

Sexo: MASCULINO Estado Civil: RELAÇÃO EST. Local Nascimento: RECIFE UF: PE

CEP: [redacted] Endereço: AVENIDA [redacted] Número: [redacted]

Complemento: B Bairro: [redacted] Cidade: RECIFE UF: PE

Telefone: [redacted] E-mail Funcional: [redacted] E-mail Pessoal: [redacted]

Lotação: [redacted]

Cargo/Função: ANALISTA JUDICIÁRIO/ APOIO ESPECIALIZADO (INFORMÁTICA)

PIS: [redacted] Cartão SUS: [redacted]

Mãe: [redacted] Pai: [redacted]

Plano Desejado: [redacted]

Gravar

## Titular:

A maioria dos dados já virá preenchida, basta você:

- completar as informações em branco,
- **selecionar o tipo de Plano Desejado,**
- gravar e
- anexar seu RG!

# Formulário de Inscrição

Observe que o formulário já apresenta o valor correspondente a sua faixa etária!

Matrícula: [redacted] Nome: [redacted] AJUDA SAIR

Selecione a opção desejada: Inclusão/Alteração

**TITULAR**

Nome: [redacted] Data Nascimento: 28/09/1978

CPF: [redacted] RG: [redacted] Órgão Emissor: SDS

Sexo: MASCULINO Estado Civil: RELAÇÃO EST. Local Nascimento: RECIFE UF: PE

CEP: [redacted] Endereço: AVENIDA [redacted] Número: [redacted]

Complemento: B Bairro: [redacted] Cidade: RECIFE UF: PE

Telefone: [redacted] E-mail Funcional: [redacted] E-mail Pessoal: [redacted]

Lotação: [redacted]

Cargo/Função: ANALISTA JUDICIÁRIO/ APOIO ESPECIALIZADO (INFORMÁTICA)

PIS: [redacted] Cartão SUS: [redacted]

Mãe: [redacted]

Plano Desejado: [redacted]

Gravar

Plano Desejado: TITULAR - AMPLIADO (39 a 43 ANOS) - 350.00

Anexos

Situação da última solicitação em 16/10/2020 11:02:15: Pendente de Envio

Gravar Alteração

# Formulário de Inscrição

Matrícula: [redacted] Nome: [redacted] AJUDA SAIR

Selecione a opção desejada: Inclusão/Alteração

**TITULAR**

Nome: [redacted] Data Nascimento: 28/09/1978

CPF: [redacted] RG: [redacted] Órgão Emissor: SDS

Sexo: MASCULINO Estado Civil: RELAÇÃO EST. Local Nascimento: RECIFE UF: PE

CEP: [redacted] Endereço: AVENIDA [redacted] Número: [redacted]

Complemento: B Bairro: [redacted] Cidade: RECIFE UF: PE

Telefone: [redacted] E-mail Funcional: [redacted] E-mail Pessoal: [redacted]

Lotação: [redacted]

Cargo/Função: ANALISTA JUDICIÁRIO/ APOIO ESPECIALIZADO (INFORMÁTICA)

PIS: [redacted] Cartão SUS: [redacted]

Mãe: [redacted] Pai: [redacted]

Plano Desejado: [redacted] Gravar

Anexar documentação

**Anexos**

Escolher arquivo Nenhum arquivo selecionado

0%

Descrição: [redacted] Enviar Arquivo

Descrição	Arquivo	Data e Hora	Ações
RG TITULAR	T5675_0_20201024174011.PNG	24/10/2020	<span>✖</span>

Fechar



Plano Desejado: TITULAR - AMPLIADO (39 a 43 ANOS) - 350.00 Anexos

Situação da última solicitação em 16/10/2020 11:02:15: Pendente de Envio

Gravar Alteração



Na sequência, você poderá inserir outras pessoas da sua família ao plano!

Conforme nosso regulamento, alguns serão classificados como "Dependentes" e outros como "Agregados".

O formulário irá ajudá-lo nessa classificação!

# Formulário de Inscrição

DEPENDENTES/AGREGADOS Adicionar ? +

Nome	Grau Parentesco	Plano TRFMED	Situação	Ação
------	-----------------	--------------	----------	------

DEPENDENTES/AGREGADOS Adicionar ? +

Nome:  🔍 Data Nasc.:

CPF:  RG:  Órgão Emissor:

Sexo:  Est. Civil:  Parentesco:  Local Nasc.:  UF:

CEP:  Logradouro:  Número:

Complemento:  Bairro:  Cidade:  UF:

Telefone:  E-mail Pessoal:

PIS:  Cartão SUS:

Mãe:  Pai:

## Dependentes / Agregados:

Se o seu familiar já possuir cadastro no SARH, você poderá resgatar as informações por meio da ferramenta Lupa.

Ou então preencher todos os campos para uma pessoa nova.

# Formulário de Inscrição

Observe que o formulário já apresenta o valor correspondente à faixa etária, conforme o tipo de plano selecionado pelo titular!

DEPENDENTES/AGREGADOS

Adicionar ? +

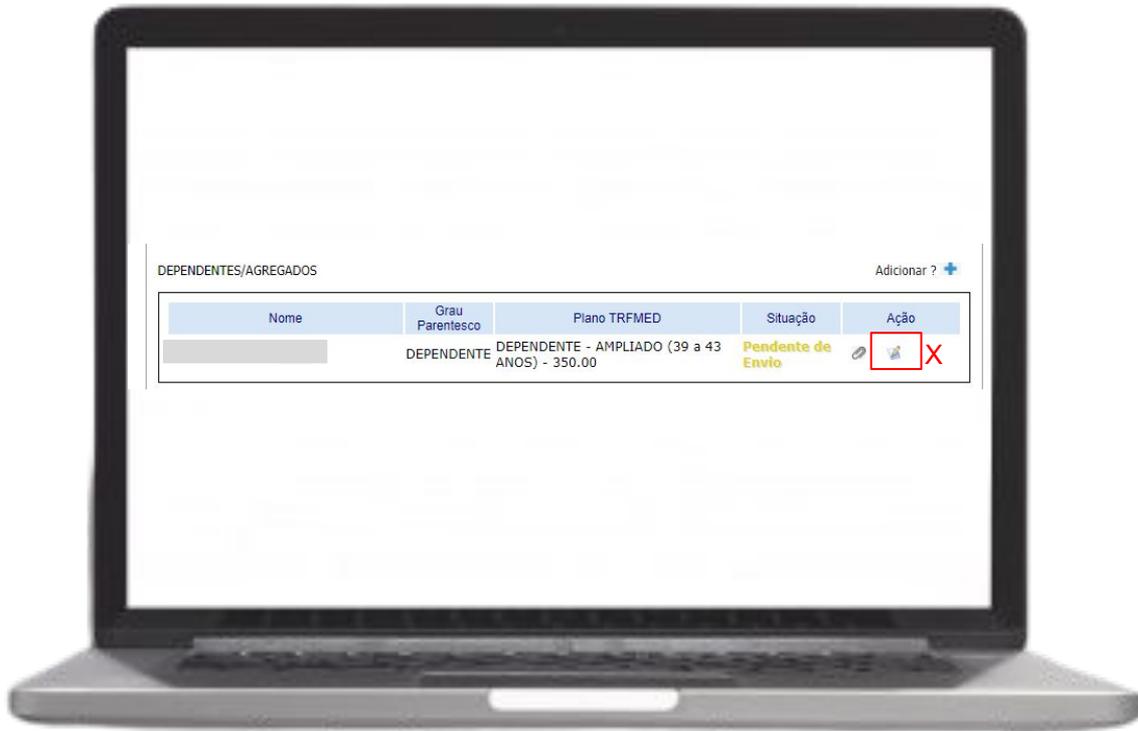
Nome	Grau Parentesco	Plano TRFMED	Situação	Ação
	DEPENDENTE	DEPENDENTE - AMPLIADO (39 a 43 ANOS) - 350.00	Pendente de Envio	 

## Dependentes / Agregados:

Você deve inserir os anexos para cada um:

- RG
- Certidão de nascimento
- Certidão de casamento ou Declaração de união estável
- Comprovante de parentesco

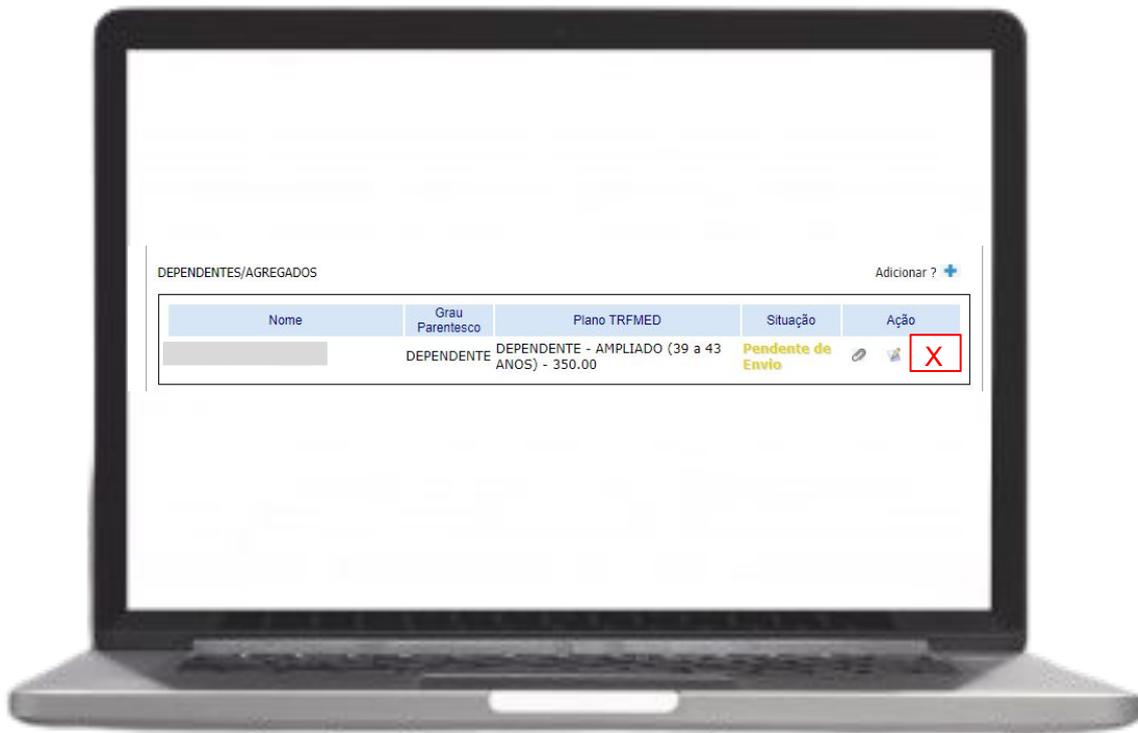
# Formulário de Inscrição



## Dependentes / Agregados:

Caso seja necessário, você pode editar as informações de cada beneficiário.

# Formulário de Inscrição



## Dependentes / Agregados:

Enquanto não enviar o formulário ao TRFMED, você pode excluir algum beneficiário que tenha cadastrado.

# Formulário de Inscrição

Plano Desejado: **TITULAR - AMPLIADO (39 a 43 ANOS) - 350.00** Anexos

Situação da última solicitação em 16/10/2020 11:02:15: **Pendente de Envio**

Gravar Alteração

DEPENDENTES/AGREGADOS Adicionar ? +

Nome	Grau Parentesco	Plano TRFMED	Situação	Ação
	DEPENDENTE	DEPENDENTE - AMPLIADO (39 a 43 ANOS) - 350.00	<b>Pendente de Envio</b>	  

Total Titular: R\$: 350,00  
Total Dependentes: R\$: 350,00  
Total Geral R\$: 700,00



Após a inclusão de todos os seus Dependentes e Agregados você poderá ver um resumo da sua solicitação, conferindo os valores a serem pagos nas mensalidades.

# Formulário de Inscrição

DIAMANTE - NACIONAL - ESPECIAL - CA -  
C/OBST  
COLETIVO POR ADESÃO

**Unimed**  
Recife

Data de Nasc. INDIVIDUAL Acomodação Vig. do plano Validade

Nome do Beneficiário NA07 - ESPECIAL  
Rede de atendimento

Atend. REGULAMENTADO NACIONAL 1  
Plano Abrangência Via

NÃO HÁ COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA  
AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA  
Segmentação Assistencial do Plano

LOTACÃO: TRIBUNAIS  
Contratante

Válido somente com apresentação do documento de identidade

Eventuais alterações ocorridas na rede de prestadores poderão ser consultadas no [www.unimedrecife.com.br](http://www.unimedrecife.com.br) e no tel. 81 3413-8400

Disque-ANS 0800 701 9656 [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

SAC/Informações:  
**0800 281 5917**

ANS - nº **34488-5**

Cód. Prod. ANS- 461664102  
CNS

ESTE CARTÃO É INTRANSFERÍVEL

Como obter o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), também chamado de Cartão SUS?

Observar no verso da carteirinha do plano de saúde privado atual de cada beneficiário, como no exemplo.

O número é único e contém 15 dígitos.

# Formulário de Inscrição

PRODUTO: <b>557</b>	CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: [REDACTED]	
PLANO: <b>CLASSICO</b>	ACOMODAÇÃO: <b>APARTAMENTO</b>	CNS: [REDACTED]
COBERTURA: [REDACTED]	EMPRESA: [REDACTED]	
CARÊNCIAS:		
CENTRAL DE SERVIÇOS SULAMÉRICA SAÚDE CAPITAIS E ÁREAS METROPOLITANAS: 4004 5900 DEMAIS REGIÕES: 0800 970 0500	ANS - Nº 006246	
WWW.SULAMERICA.COM.BR/SAUDEONLINE		
APRESENTAR DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO REFERENCIADO - CONSULTAR VALIDADE NOS CANAIS DE ATENDIMENTO		

Como obter o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), também chamado de Cartão SUS?

Observar no verso da carteirinha do plano de saúde privado atual de cada beneficiário, como no exemplo.

O número é único e contém 15 dígitos.

# Formulário de Inscrição

Valor pago hoje, descontando o auxílio-saúde / custeio do TRF5

Agregados não fazem jus ao bônus!!

Deseja pleitear o Bônus de Adesão  Sim

Plano Saúde:  Tipo Plano: p.e.: Enfermaria, Apartame Valor Pago Titular:

## Dependentes

Nome:  Parentesco:  Valor Pago:

Nome	Parentesco	Valor	Ação
Não há dependente registrados			

Anexar Comprovantes:  Clique no Botão ao lado para simular a Bonificação:

\*Bonificação sujeita a aprovação do TRFMED



Se o seu núcleo familiar tiver perda financeira ao vir para o TRFMED, você poderá pleitear o bônus de adesão por 6 meses!

Basta selecionar cada beneficiário, informar o valor pago atualmente e anexar o comprovante de pagamento do último mês!

Link para o simulador de valores:  
<https://bit.ly/3kRpC04>

# Formulário de Inscrição

**DECLARO** estar ciente e concordar com as condições estabelecidas no Regulamento e demais normativos do TRFMED e comprometo-me a observar as disposições nele contidas quando da utilização dos serviços oferecidos.

**DECLARO**, ainda, que não recebo auxílio semelhante e nem participo de outro programa de assistência a saúde de servidor, custeado, ainda que parte, pelos cofres públicos da União, tanto na condição de titular quanto na de dependente, bem assim o(s) beneficiário(s) supracitado(s) - Decreto nº 4.978 de 03.02.2004 e Decreto nº 5.010 de 09.03.2004.

**AUTORIZO** que seja consignado, em Folha de Pagamento de Órgão da Justiça Federal da 5ª Região, o desconto do valor relativo as contribuições mensais e as coparticipações realizados por mim, meus dependentes e meus agregados.

**DECLARO** a ciência de que, excepcionalmente, podem ser utilizadas outras formas de cobrança, quando não for possível consignar em folha de pagamento. Por ser a expressão da verdade, firmo as informações prestadas na presente data, anexando, para tanto, os documentos exigidos.

**DECLARO** estar ciente da política de privacidade de dados do TRFMED.

De acordo

Enviar TRFMED



Agora é só ler os termos,  
marcar o "De acordo" e  
enviar ao TRFMED!

Aparecerá um resumo para você  
confirmar e então você  
receberá um e-mail com a  
solicitação!

# Formulário de Inscrição

Plano Desejado: TITULAR - AMPLIADO (39 a 43 ANOS) - 350.00 Anexos

Situação da última solicitação em 16/10/2020 11:02:15: **Em análise**

Gravar Alteração

DEPENDENTES/AGREGADOS Adicionar ? +

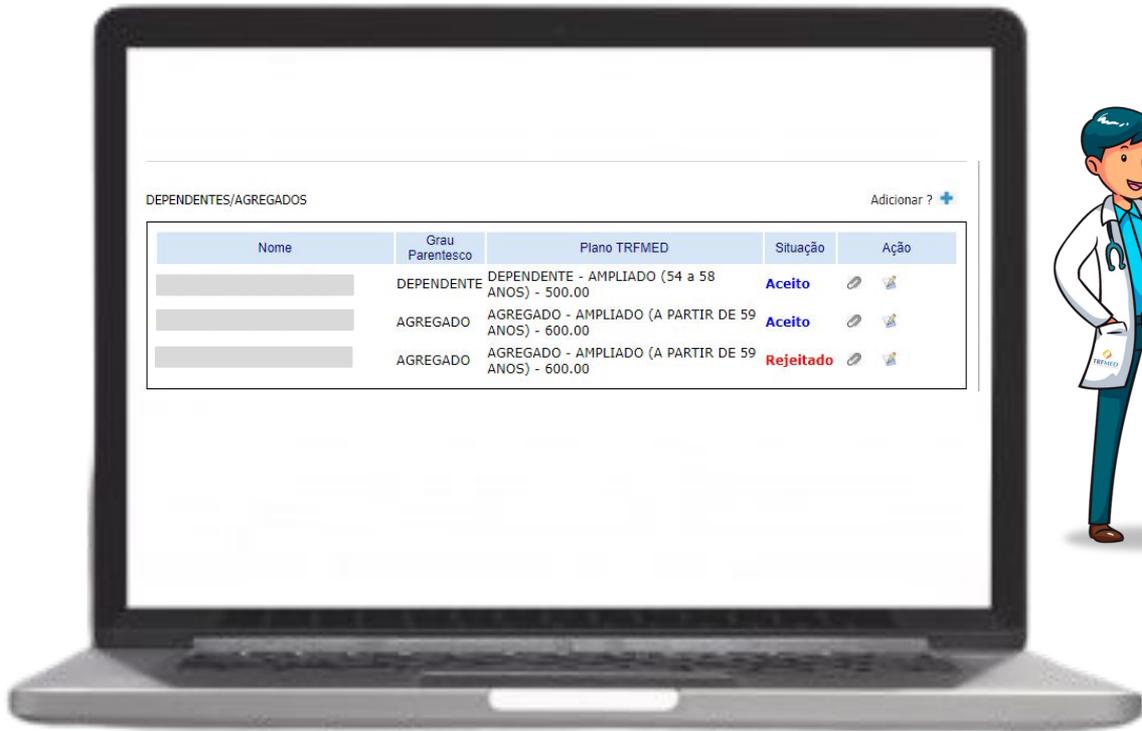
Nome	Grau Parentesco	Plano TRFMED	Situação	Ação
	DEPENDENTE	DEPENDENTE - AMPLIADO (39 a 43 ANOS) - 350.00	Em análise	 
	DEPENDENTE	DEPENDENTE - AMPLIADO (19 a 23 ANOS) - 150.00	Em análise	 



Sua solicitação ficará com o status "Em análise" enquanto nossa equipe verifica todos os seus dados!

Assim que terminarmos você receberá um novo e-mail de confirmação!

# Formulário de Inscrição



DEPENDENTES/AGREGADOS

Adicionar ? +

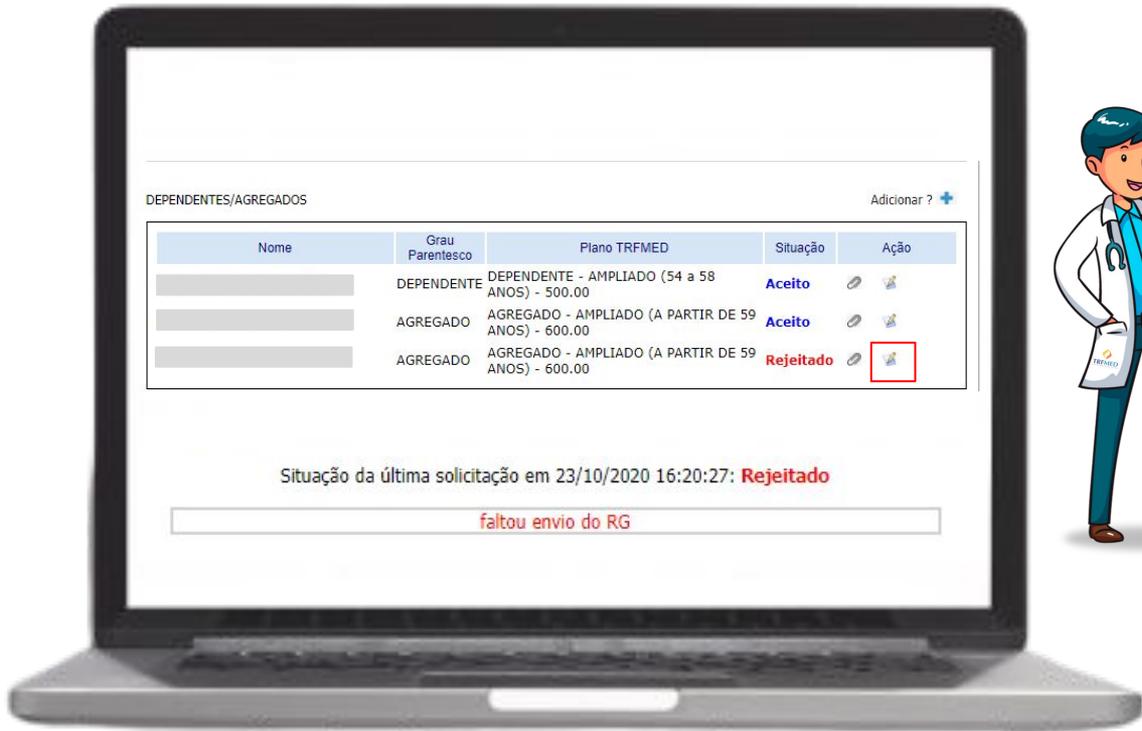
Nome	Grau Parentesco	Plano TRFMED	Situação	Ação
	DEPENDENTE	DEPENDENTE - AMPLIADO (54 a 58 ANOS) - 500.00	Aceito	 
	AGREGADO	AGREGADO - AMPLIADO (A PARTIR DE 59 ANOS) - 600.00	Aceito	 
	AGREGADO	AGREGADO - AMPLIADO (A PARTIR DE 59 ANOS) - 600.00	Rejeitado	 



Se estiver tudo OK, sua situação mudará para "Aceito".

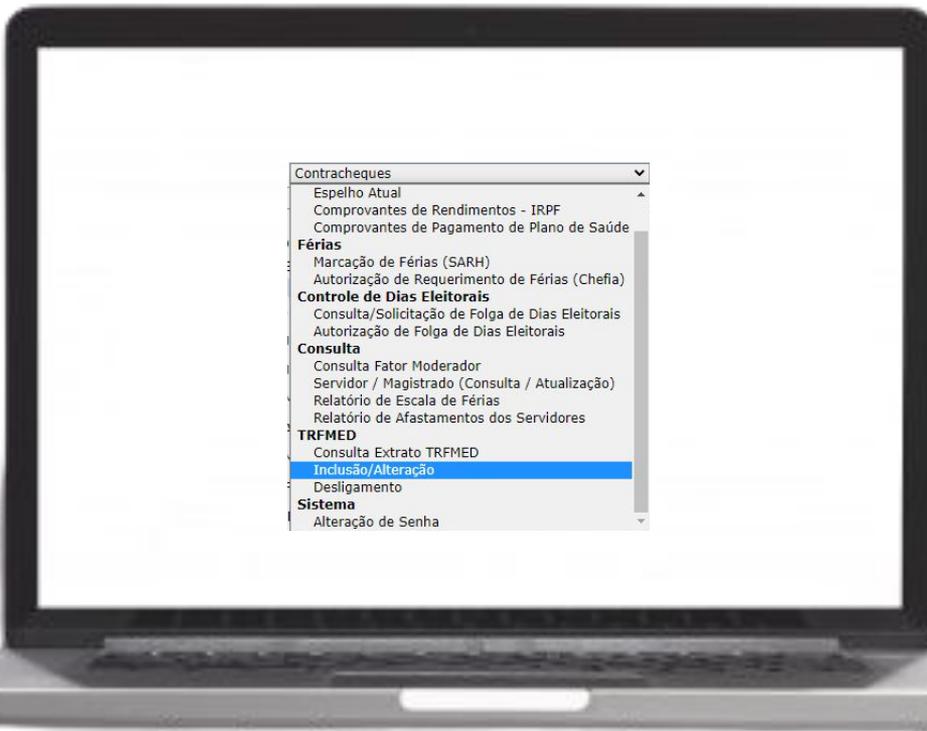
Mas caso haja alguma pendência, a situação ficará como "Rejeitado" e você será informado do motivo por e-mail, para sanear-lo!

# Formulário de Inscrição



Você também pode ver o motivo da rejeição clicando no botão "Editar"

# Formulário de Inscrição



Contracheques
Espelho Atual
Comprovantes de Rendimentos - IRPF
Comprovantes de Pagamento de Plano de Saúde
<b>Férias</b>
Marcação de Férias (SARH)
Autorização de Requerimento de Férias (Chefia)
<b>Controle de Dias Eleitorais</b>
Consulta/Solicitação de Folga de Dias Eleitorais
Autorização de Folga de Dias Eleitorais
<b>Consulta</b>
Consulta Fator Moderador
Servidor / Magistrado (Consulta / Atualização)
Relatório de Escala de Férias
Relatório de Afastamentos dos Servidores
<b>TRFMED</b>
Consulta Extrato TRFMED
<b>Inclusão/Alteração</b>
Desligamento
<b>Sistema</b>
Alteração de Senha



Para sanear as pendências informadas, você deve retornar a este formulário e adicionar a informação ou o anexo solicitado!  
Não se esqueça de gravar e enviar ao TRFMED ao final!



Por hoje era isso que queria te mostrar!

Espero que tenha percebido como é prático  
se inscrever no TRFMED!

Qualquer dúvida, conte conosco!



# Até breve!

Portal TRFMED - <https://trfmed.trf5.jus.br/>

Sede - [atendimento.trfmed@trf5.jus.br](mailto:atendimento.trfmed@trf5.jus.br)

JFAL - [trfmed@jfal.jus.br](mailto:trfmed@jfal.jus.br)

JFCE - [trfmed@ifce.jus.br](mailto:trfmed@ifce.jus.br)

JFPB - [trfmed@jfpb.jus.br](mailto:trfmed@jfpb.jus.br)

JFPE - [trfmed@jfpe.jus.br](mailto:trfmed@jfpe.jus.br)

JFRN - [trfmed@jfrn.jus.br](mailto:trfmed@jfrn.jus.br)

JFSE - [trfmed@jfse.jus.br](mailto:trfmed@jfse.jus.br)

Problemas técnicos - [GSSL@trf5.jus.br](mailto:GSSL@trf5.jus.br) (preferencial)

Telefone GSSL - (81)3425-9386 / 9574 / 9793