



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

Cartilha de inscrição para novos beneficiários



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!

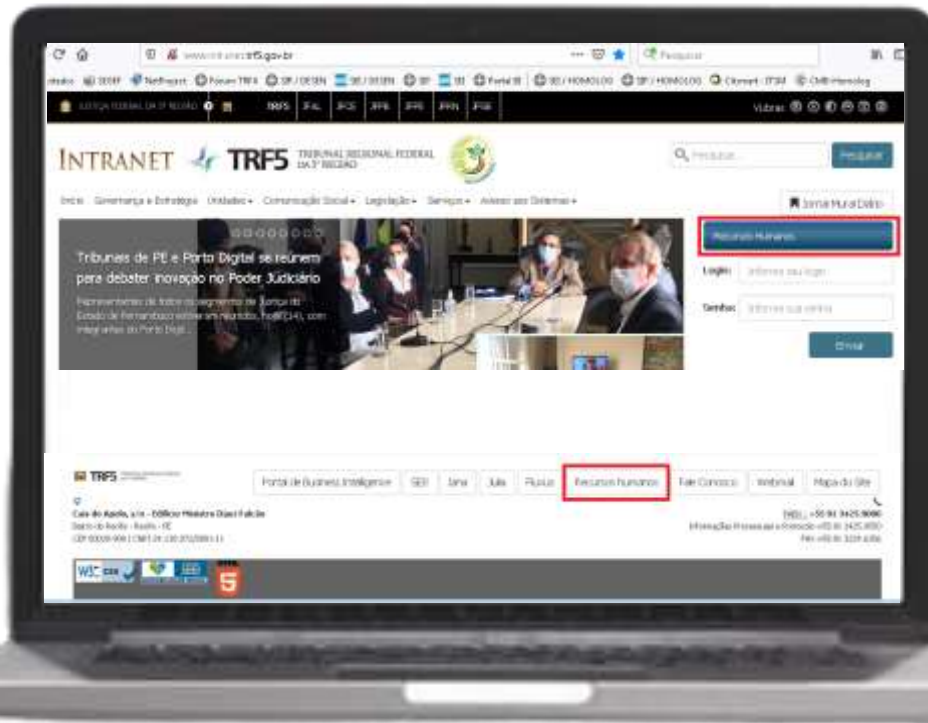
# Acesso aos Formulários

**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

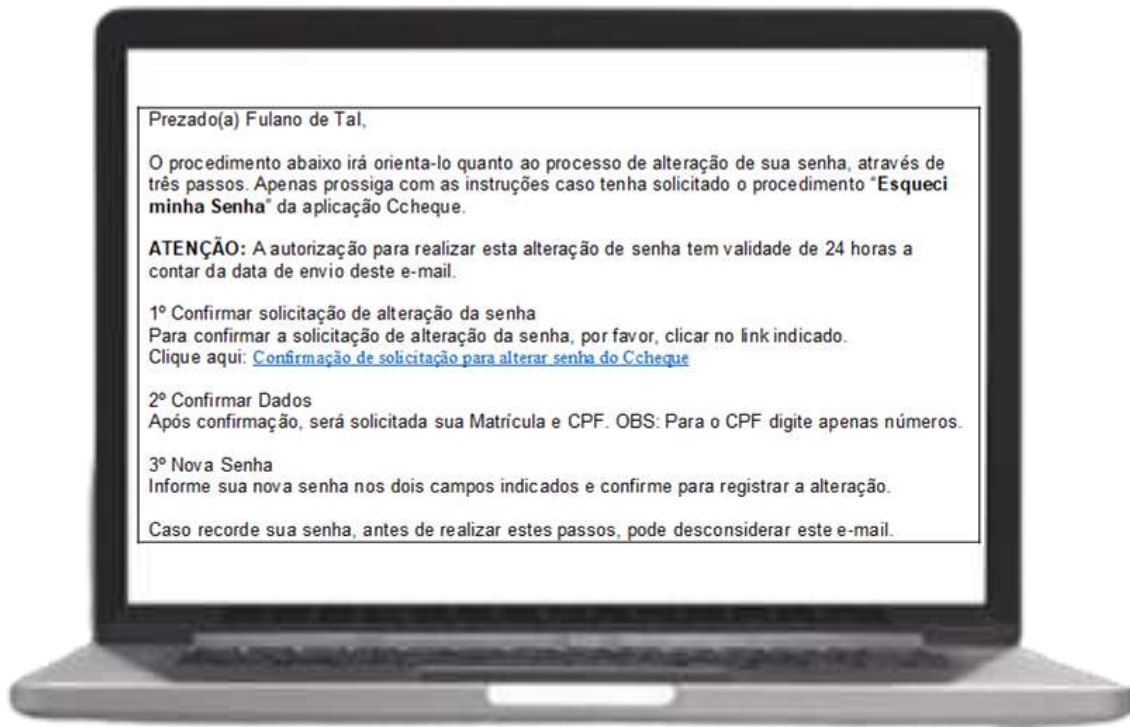


## Solicitar nova senha:

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?

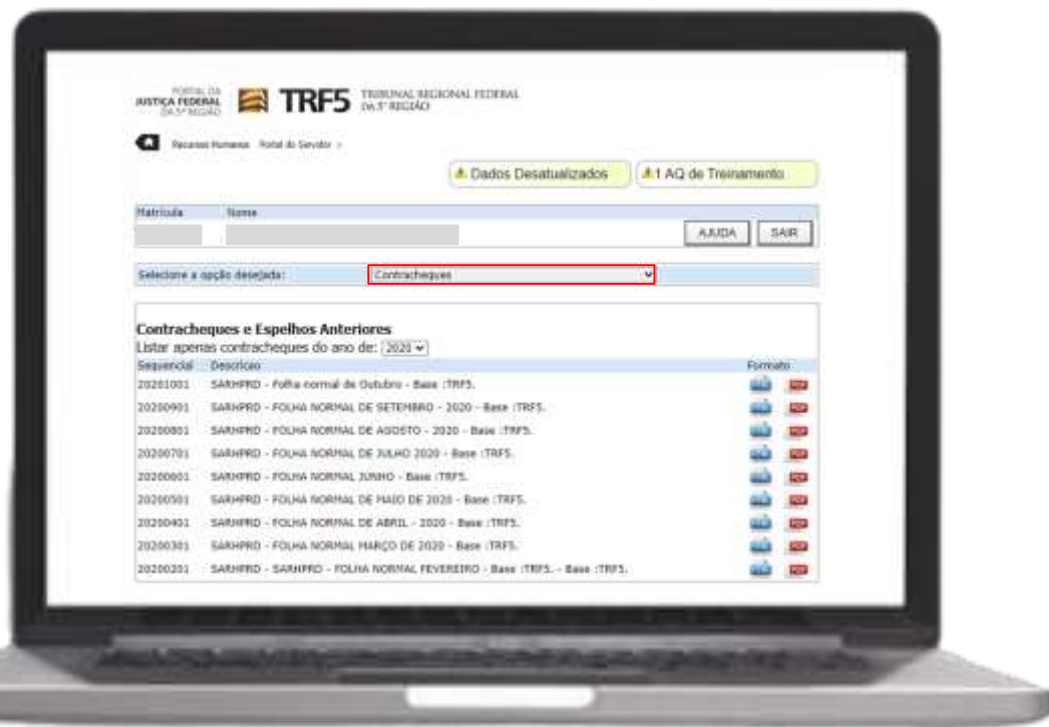
Seção 2

# 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!



### LEMBRETE IMPORTANTE:

Os pedidos de inclusão realizados entre os dias 01 e 20 serão incluídos no dia 01 do próximo mês.

E os pedidos feitos do dia 21 ao dia 31, serão incluídos no próximo dia 15.



# Formulário de Inscrição

Matrícula: Nome: [ ] [ ] AJUDA SAIR

Selecione a opção desejada: Incluir/Alterar

**TITULAR**

Nome: [ ] Data Nascimento: 26/09/1978

CPF: [ ] RG: [ ] Órgão Emissor: SDS

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

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

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

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

Lotação: [ ]

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

PIS: [ ] Cartão SUS: [ ]

Mãe: [ ] Pai: [ ]

Plano Desejado: [ ]

Gravar

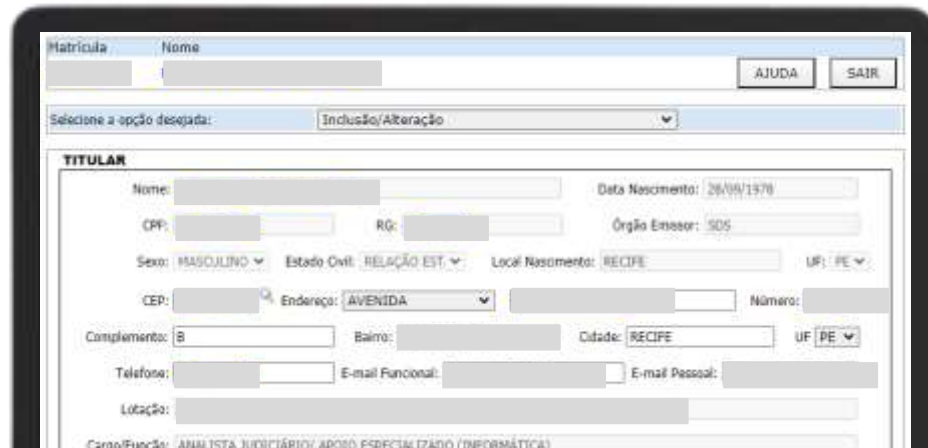
## Titular:

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: [ ] Nome: [ ] [AJUDA] [SAIR]

Selecione a opção desejada: Incluir/Alterar

**TITULAR**

Nome: [ ] Data Nascimento: 26/09/1978

CPF: [ ] RG: [ ] Órgão Emissor: SDS

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

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

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

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

Lotação: [ ]

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

PIS: [ ] Cartão SUS: [ ]

Mãe: [ ]

Plano Desejado: [ ] [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:  Nome:

Selecione a opção desejada:

**TITULAR**

Nome:  Data Nascimento:

CPF:  RG:  Órgão Emissor:

Sexo:  Estado Civil:  Local Nascimento:  UF:

CEP:  Endereço:   Número:

Complemento:  Bairro:  Cidade:  UF:

Telefone:  E-mail Funcional:  E-mail Pessoal:

Lotação:

Cargo/Função:

PIS:  Cartão SUS:

Mãe:  Pai:

Plano Desejado:

Anexar documentação

Anexos

Nenhum arquivo selecionado

0%

Descrição:

Descrição	Arquivo	Data e Hora	Ações
RG TITULAR	TITULO_E_30001004174011-IMG	24/10/2020	<input type="button" value="X"/>



Plano Desejado:

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



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:

Matr.:  Pai:

Gravar Cancelar

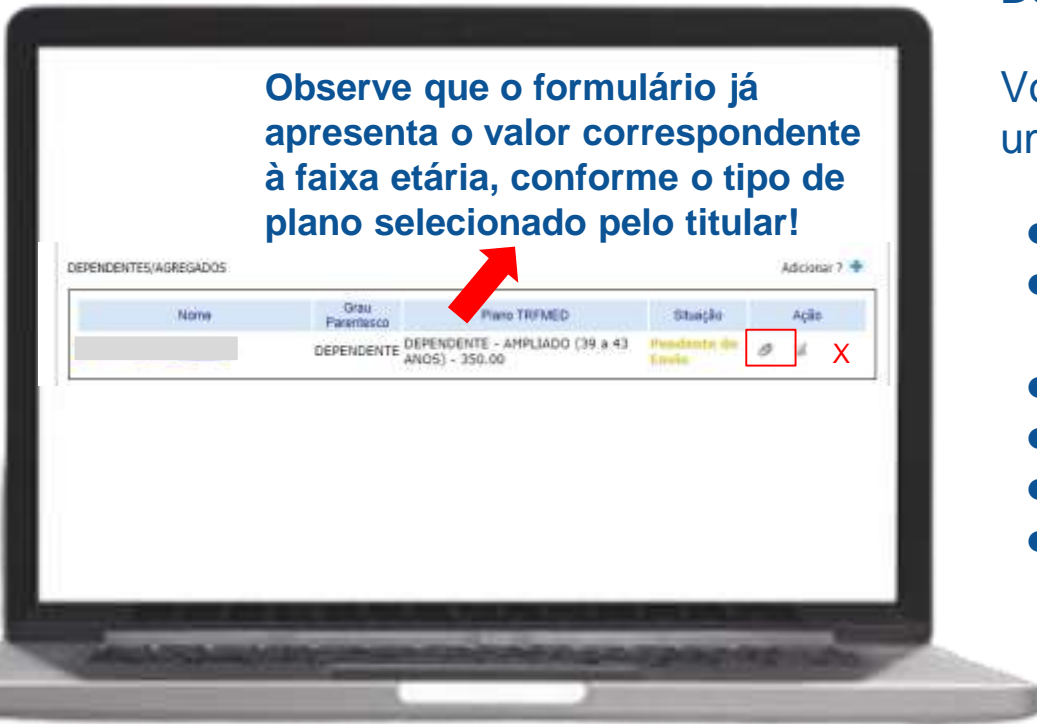
## Dependentes / Agregados:

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 ?

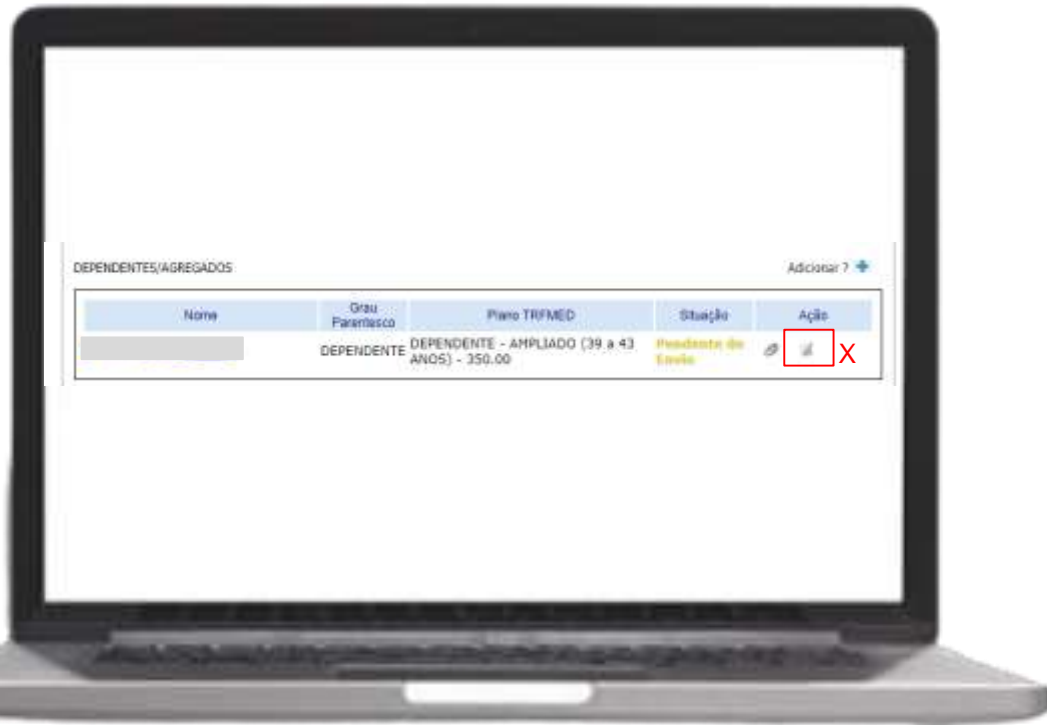
Nome	Grau Parentesco	Plano TRFMED	Situação	Ação
	DEPENDENTE	DEPENDENTE - AMPLIADO (39 a 43 ANOS) - 350.00	Residente do Brasil	 

## Dependentes / Agregados:

Você deve inserir os anexos para cada um:

- RG ou Certidão de nascimento
- Certidão de casamento ou Declaração de união estável
- Comprovante de parentesco
- Comprovante de invalidez
- Comprovante de pensão alimentícia
- Carta de permanência do plano anterior de associações e sindicatos

# 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 Anos

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

Gravar Alteração

DEPENDENTES/AGREGADOS Adicionar ?

Nome	Grau Parentesco	Plano TRFMED	Situação	Ação
	DEPENDENTE	DEPENDENTE - AMPLIADO (39 a 43 ANOS) - 350,00	Pendente de Exatidão	X

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



FRANQUÍIA NACIONAL ESPECIAL - CA  
CARTÃO  
COLETIVO POR ADESÃO

Unimed

Data de Nasc. [REDACTED] INDIVIDUAL Acomodação [REDACTED] Vig. do plano [REDACTED] Validade [REDACTED]

Nome do Beneficiário [REDACTED] NAD7 - ESPECIAL Rede de atendimento [REDACTED]

Atend. [REDACTED] REGULAMENTADO Plano [REDACTED] NACIONAL Abrangência [REDACTED] 1 Via

NÃO HÁ Cobertura Parcial Temporária LOTACÃO: TRIBUNAIS Contratante [REDACTED]

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA Segmentação Assistencial do Plano [REDACTED]



Valido somente com apresentação do documento de identidade

Eventuais alterações ocorridas na rede de prestadores poderão ser consultadas no [www.unimedbrasil.com.br](http://www.unimedbrasil.com.br) e no tel. 0800 281 5917

SAC/Informações:  
**0800 281 5917**  
**ANS - nº 34488-5**

CNS: 611661101

Unimed

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



Formulário de Inscrição da SulAmérica Saúde. O formulário contém campos para preenchimento de dados pessoais e profissionais. O campo "CNS" (Cadastro Nacional de Saúde) está destacado com uma caixa vermelha. O campo "ANIS - Nº 006246" também está destacado com uma caixa preta.

PRODUTO: 557

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO:

PLANO: CLASSICO

ACREDITAÇÃO: APARTAMENTO

CNS: [destacado com caixa vermelha]

COBERTURA:

EMPRESA:

CARÊNCIAS:

CENTRAL DE SERVIÇOS SULAMÉRICA SAÚDE  
CAPITAIS E ÁREAS METROPOLITANAS: 4004 5900  
DEMAIS REGIÕES: 0800 970 0600

ANIS - Nº 006246

WWW.SULAMERICA.COM.BR/SAUDEONLINE

APRESENTAR DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO  
REFERENCIADO - CONSULTAR VALIDEZ 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!!

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!

Prazo de solicitação de bônus esgotado para o TRF5 e a SJPE!



TRFMED  
LUGAR PARA TODOS

# 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 participe de outro programa de assistência à 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 às contribuições mensais e às 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

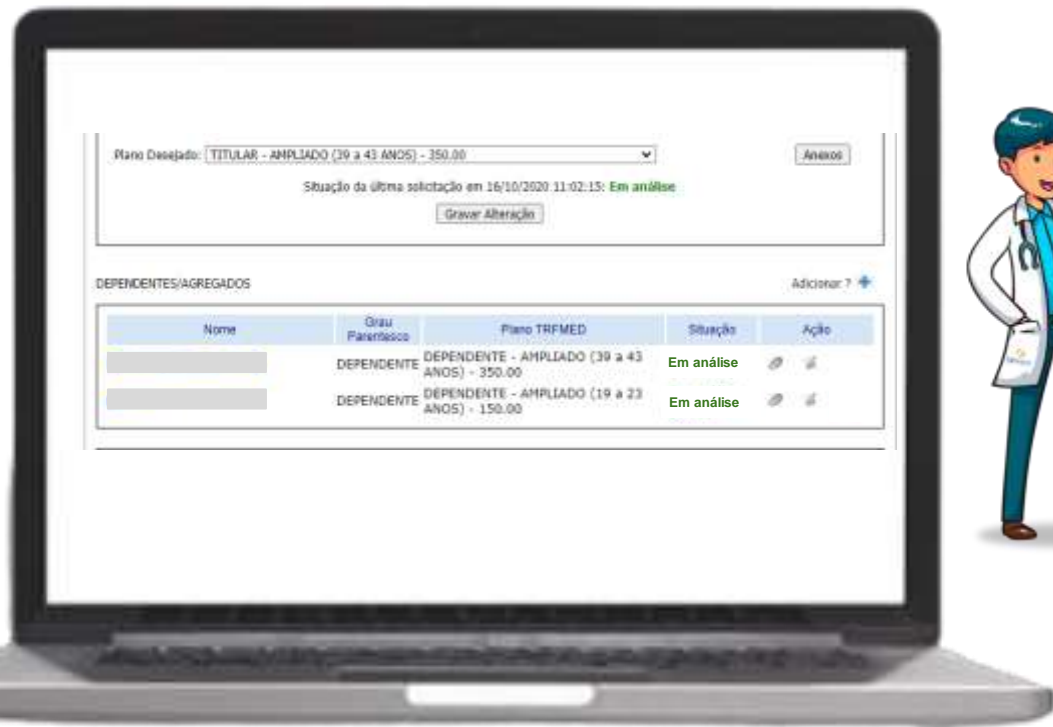
Enviar TRFMED



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!

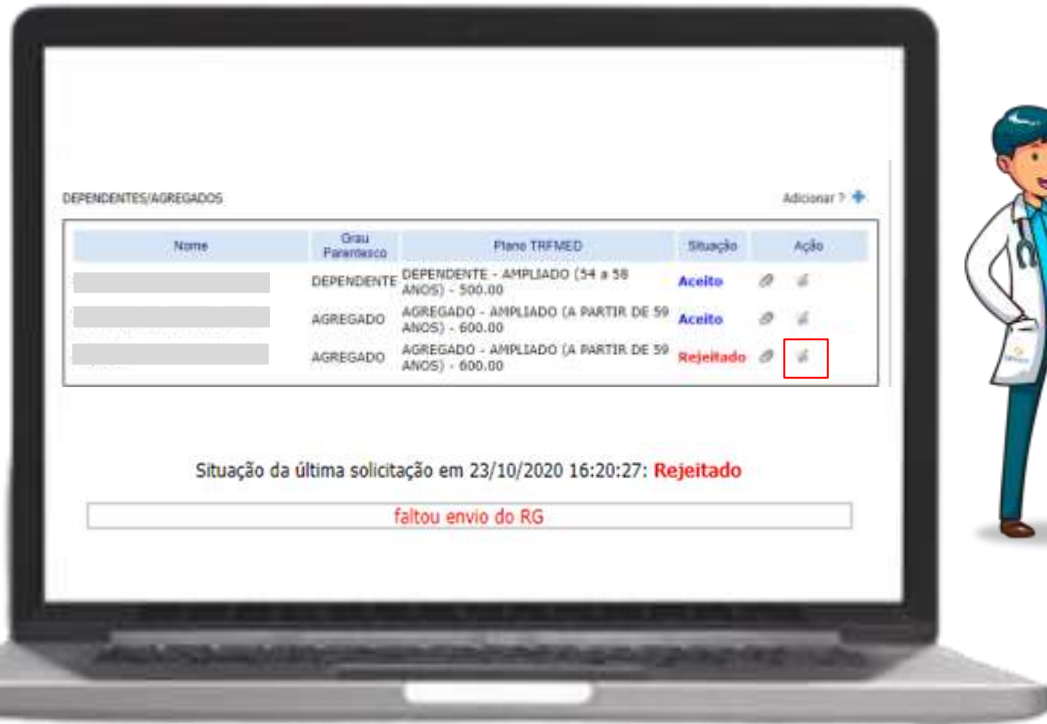
# Formulário de Inscrição



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



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

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

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