

# Adesão Online

Para acessar o adesão online, o usuário deverá acessar o [link](#).

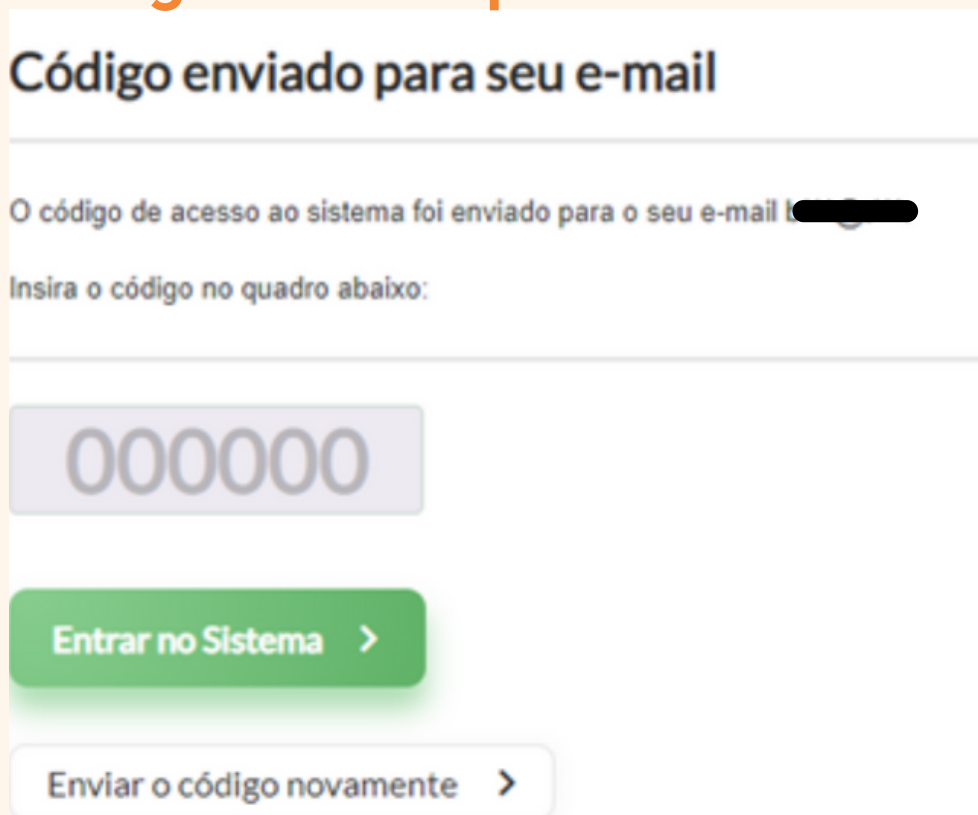
The screenshot shows a web form titled "Adesão online TRFMED" with the subtitle "Acesso ao sistema de cadastro e adesão ao TRFMED". The form contains the following fields and elements:

- CPF: A text input field.
- Telefone celular: A text input field with a country code dropdown.
- Confirme o Telefone celular: A second text input field for phone confirmation.
- E-mail: A text input field.
- Senha: A text input field with a "Mínimo de 6 dígitos" label.
- Confirme a senha: A second text input field for password confirmation, also with a "Mínimo de 6 dígitos" label.
- reCAPTCHA: A checkbox labeled "Não sou um robô" and a reCAPTCHA logo with "Privacidade - Termos" link.
- Buttons: "Cadastrar Senha >" (green), "Login >" (white), and "Solicitar Novo Usuário >" (white).

O email a ser preenchido deverá ser o email funcional do servidor.

O usuário deverá preencher os campos acima e clicar em **“Cadastrar Senha”**

**Em seguida irá aparecer essa tela :**



**Código enviado para seu e-mail**

O código de acesso ao sistema foi enviado para o seu e-mail [redacted]

Insira o código no quadro abaixo:

000000

**Entrar no Sistema >**

Enviar o código novamente >

**O usuário deverá consultar seu email e preencher o código enviado pelo email [no-reply@facilinformatica.com.br](mailto:no-reply@facilinformatica.com.br).**

**Uma vez preenchido, será devolvido para a tela abaixo. Após ler os termos e condições deverá marcar a caixa ao final da mensagem “Li, compreendi e aceito os Termos e Condições Gerais” e em seguida clicar em “Aceitar Termos e Continuar”:**

**Termos e Condições Gerais**

Identificação do Beneficiário | Informações Cadastrais e Documentos | Aprovação da Operadora

**1 - TERMOS E CONDIÇÕES GERAIS**

1.1. Declaro:

1.1.1. Estar ciente e concordar com as condições estabelecidas no Regulamento e demais normativos do TRFMED, incluindo a política de privacidade de dados do TRFMED, e comprometo-me a observar as disposições neles contidas quando da utilização dos serviços oferecidos.

1.1.2. Que não participo de outro programa de assistência à saúde de servidor, custeado, ainda que em 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.

1.1.3. Que 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 as coparticipações nos procedimentos, quando previsto no meu tipo de plano, realizadas por mim, meus dependentes e meus agregados.

Li, compreendi e aceito os Termos e Condições Gerais

[Aceitar Termos e Continuar](#)

Em seguida irá aparecer uma tela com os dados trazidos automaticamente do cadastro do RH:

Identificação do Beneficiário | Informações Cadastrais e Documentos | Aprovação da Operadora

**Cadastro de Dados básicos de** [REDACTED]

Empresa [REDACTED]

Unidade [REDACTED]

Lotação [REDACTED]

Cargo [REDACTED]

Data de Admissão no Cargo [REDACTED] Estado Civil [REDACTED]

Data de Nascimento [REDACTED] Sexo [REDACTED]

Deficiente / Invalído

N° Produto Portabilidade [REDACTED]

Nacionalidade [REDACTED]

Naturalidade UF [REDACTED] Naturalidade Cidade [REDACTED]

Nome da mãe [REDACTED]

Nome do pai [REDACTED]

RG [REDACTED] Órgão Emissor [REDACTED]

UF Órgão Emissor [REDACTED] País Órgão Emissor [REDACTED]

PIS/PASEP [REDACTED] CNS - Cartão Nacional de Saúde [REDACTED]

Responsável Contato [REDACTED]

- Caso algum dado esteja incorreto, o usuário poderá alterar nesse momento.
- Nos casos de deficiência / invalidez do titular, deverá ser assinalada a caixa "Deficiente/Invalidez". Do contrário, deverá ser deixada em branco.
- Os campos "CNS", "Número Produto Portabilidade" e "Responsável Contato" não precisam ser preenchidos.

Em seguida o usuário deverá Anexar os documentos obrigatórios clicando no retângulo laranja abaixo:

### Documentos Obrigatórios

ANEXAR RG E CPF

A próxima etapa é o preenchimento do endereço do titular:

Endereço do titular

CEP	Tipo Logradouro	Logradouro	Número
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complemento	Bairro		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
UF	Cidade	Telefone Fixo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Responsável Financeiro

Considerar um responsável

Dados Bancários

Forma Pagamento	Banco	Agência	DV	Conta Corrente	DV
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Caso algum dado esteja incorreto, o usuário poderá alterar nesse momento.
- O setor “Responsável Financeiro” não precisa ser assinalado.

- o setor “Dados Bancários” não deverá ser preenchido, tendo em vista que o desconto será direto em folha. Se o usuário preencher esses campos serão meramente para fins cadastrais, não implicando em compensação em conta e/ou qualquer transação bancária.

Em seguida o usuário deverá escolher o tipo de Plano, cuja mensalidade já virá calculada de acordo com a faixa etária

## Plano

Todas acomodações	Todos tipos de coparticipação																								
<p><b>AMPLIADO</b></p> <p>R\$ [REDACTED] mês</p> <table><tr><td>Adesão</td><td>R\$ 0</td></tr><tr><td>Mensalidade</td><td>R\$ [REDACTED]</td></tr><tr><td>Coparticipação</td><td>Não</td></tr><tr><td>Acomodação</td><td>Apartamento</td></tr><tr><td>Abrangência</td><td>Nacional</td></tr><tr><td>Cobertura</td><td>Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria</td></tr></table> <p>ANS nº 1111111</p>	Adesão	R\$ 0	Mensalidade	R\$ [REDACTED]	Coparticipação	Não	Acomodação	Apartamento	Abrangência	Nacional	Cobertura	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria	<p><b>NACIONAL</b></p> <p>R\$ [REDACTED] mês</p> <table><tr><td>Adesão</td><td>R\$ 0</td></tr><tr><td>Mensalidade</td><td>R\$ [REDACTED]</td></tr><tr><td>Coparticipação</td><td>Sim</td></tr><tr><td>Acomodação</td><td>Apartamento</td></tr><tr><td>Abrangência</td><td>Nacional</td></tr><tr><td>Cobertura</td><td>Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria</td></tr></table> <p>ANS nº 1111111</p>	Adesão	R\$ 0	Mensalidade	R\$ [REDACTED]	Coparticipação	Sim	Acomodação	Apartamento	Abrangência	Nacional	Cobertura	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria
Adesão	R\$ 0																								
Mensalidade	R\$ [REDACTED]																								
Coparticipação	Não																								
Acomodação	Apartamento																								
Abrangência	Nacional																								
Cobertura	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria																								
Adesão	R\$ 0																								
Mensalidade	R\$ [REDACTED]																								
Coparticipação	Sim																								
Acomodação	Apartamento																								
Abrangência	Nacional																								
Cobertura	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria																								

Caso conste nos dados do RH um dependente vinculado ao titular, ele será automaticamente trazido e virá logo abaixo à opção de escolha de planos:

**Dependentes**

+ Dependentes Nº de Dependentes: 1

---

Dependente 1 Remove

Nome completo

Deficiente / Inválido

Parentesco  CPF

Nome da mãe  Nome do pai

Data Nascimento  Sexo  Estado Civil

Nacionalidade

RG  Órgão Emissor

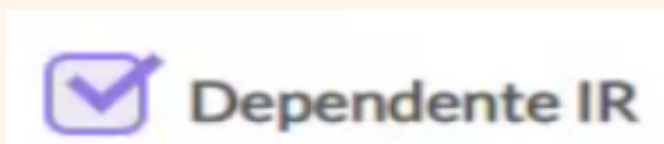
Naturalidade UF  Naturalidade Cidade

UF Órgão Emissor  País Órgão Emissor

PIS  CNS - Cartão Nacional de Saúde

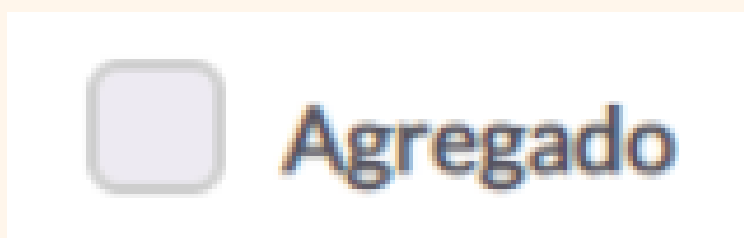
Universitário  Dependente IR  Agregado  Inciso

- Junto com os dados trazidos automaticamente, virá também assinalada a opção “**Dependente**”
- Caso algum dado esteja incorreto, o usuário poderá alterar nesse momento.

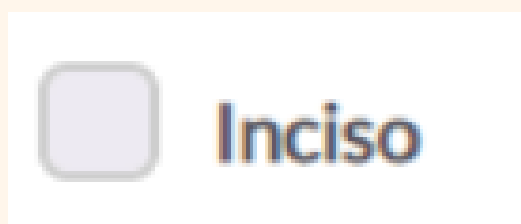


- Nos casos de deficiência/invalidadez do dependente, deverá ser assinalada a caixa “**Deficiente/Invalidadez**”. Do contrário, deverá ser deixada em branco.
- Deverá ser assinalada a opção “**Universitário**” caso os dependentes estejam regularmente inscritos em curso de nível superior reconhecido pelo MEC e que tenham idade até 24 anos.

O TRFMED permite que alguns parentescos possam ser beneficiários do plano, trazendo a figura do agregado. O titular poderá conferir quais são esses parentescos consultando os artigos 25 e 26 [Regulamento da Autogestão em Saúde- TRFMED.](#) Caso o beneficiário se enquadre na opção de agregado, no momento do cadastro, o servidor deverá assinalar a opção “Agregado”:



a opção “Inciso...” deverá ser assinalada nos casos em que os beneficiários que não sejam dependentes (cônjuge, filho/enteados até 21 anos, filho/enteados entre 21 e 24 anos universitários, pessoa separada judicialmente, menor sob guarda) e que estavam inscritos até 29/02/2020 em planos da associação ou da administração:



**Nem todos os dependentes que são trazidos dos dados do RH, são dependentes pra fins de TRFMED. O beneficiário poderá acrescentar dependentes e também poderá remover.**

Utilizando os seguintes botões:



+ Dependentes



Remover

**Em seguida o usuário deverá escolher o tipo de Plano , cuja mensalidade já virá calculada de acordo com a faixa etária.**

O plano do Dependente/Agregado deverá ser o mesmo do Titular.



Feitas todas as alterações necessárias, o usuário deverá assinalar a opção **“Continuar Cadastro”**, no fim da página. Em seguida, aparecerá um resumo da solicitação



**TRFMED**

### Acompanhamento do processo de adesão

Ola [REDACTED]

Informamos que seu processo de confirmação do cadastro foi concluído com sucesso no TRFMED.

Solicitamos que aguarde a análise das informações e documentos apresentados e posterior validação.

Sua última interação por aqui foi dia [REDACTED]

A situação atual no módulo do pré cadastro é: **Pendente**

Protocolo [REDACTED]

Identificação do Beneficiário      Informações Cadastrais e Documentos      Aprovação da Operadora      Finalizado

O usuário deverá assinalar a opção **“Declaro que li e aceito os termos acima”**. Pronto! O pedido do usuário ficará sujeito à análise da equipe do TRFMED e seguirá os trâmites internos para conclusão.