



## **SIAPE SAÚDE**

### **MÓDULO DE EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS**

# **MANUAL OPERACIONAL DOS USUÁRIOS: SERVIDOR**

**Realização:**



**SRH**  
Secretaria de  
Recursos Humanos

Ministério do  
Planejamento



**Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor**

© 2011. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

**Secretário e Recursos Humanos**

Duvanier Paiva Ferreira

**Diretor do Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor**

Sérgio Antonio Martins Carneiro

**Coordenação e Supervisão Geral**

Marco Antônio Gomes Pérez	DESAP/SRH/MP
Samara Maria Douets V. Cunha Dias	DESAP/SRH/MP
Sérgio Antonio Martins Carneiro	DESAP/SRH/MP

**Participação na concepção e desenvolvimento técnico do sistema**

Alexandre Aiquel Vaz Costa	INSS/RS
Carlos Augusto Garcia Lima	IBGE/RJ
Carlos Cezar Soares Batista	DESAP/SRH/MP
Cláudio Mendes de Oliveira	IBGE/RJ
Doris Terezinha Loff Ferreira Leite	INSS/RS
Edson Ferreira Câmara	IN/DF
Elga Eunides Alves de Araújo	DESAP/SRH/MP
Íris Paula de Santana Ramos Morais	DESAP/SRH/MP
Jose Emílio Ferreira	IBGE/RJ
Márcia de Carvalho Cristovão Silva	ABIN
Márcia de Olinda Masson dos Reis	DESAP/SRH/MP
Marco Antonio Gomes Pérez	DESAP/SRH/MP
Marcus Alexis Novais de Almeida	FUNASA/DF
Maria Liliâne Maciel Montefusco dos Santos	FUNASA/DF
Maria Raquel Stacciarini	DESAP/SRH/MP
Raffaello Popa Dibenardi	UFPR
Samara Maria Douets V. Cunha Dias	DESAP/SRH/MP
Teresa Cristina Arduini de Medeiros	UFPR
Tereza Cristina Lauande	FUNASA/DF

**Elaboração e Revisão do Manual**

Carlos Cezar Soares Batista	DESAP/SRH/MP
Elga Eunides Alves de Araujo	DESAP/SRH/MP
Iris Paula de Santana Ramos Morais	DESAP/SRH/MP
José Emídio Albuquerque P. Silva	DESAP/SRH/MP
Marco Antonio Gomes Pérez	DESAP/SRH/MP
Marcus Alexis Novais de Almeida	FUNASA/DF
Maria Liliâne Maciel Montefusco dos Santos	FUNASA/DF
Samara Maria Douets V. Cunha Dias	DESAP/SRH/MP

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	03
I – INTRODUÇÃO .....	04
II – ACESSO AO PORTAL SIAPENET .....	05
III – ACESSO AOS EXAMES PERIÓDICOS .....	07
IV – REALIZAÇÃO DOS MÉDICOS EXAMES PERIÓDICO .....	08
a) Servidor confirma participação .....	08
b) Servidor não confirma participação .....	15

## APRESENTAÇÃO

Os Exames Médicos Periódicos, disposto no art. 206-A da Lei 8.112/1990, é parte integrante da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal e integra um conjunto de avaliações necessárias ao acompanhamento da saúde dos servidores. Estes exames objetivam, prioritariamente, a preservação da saúde, a partir da avaliação médica e a detecção precoce dos agravos, relacionados ou não ao trabalho, por meio de exames clínicos, avaliações laboratoriais e de imagens, baseados nos fatores de riscos aos quais os servidores poderão estar expostos no exercício das diversas atividades no serviço público federal.

As informações dos exames médicos periódicos comporão o perfil epidemiológico dos servidores públicos federais, sendo importante para subsidiar o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, bem como de ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho. Essas informações, preservado o sigilo, serão sistematizadas no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – SIAPE, no Módulo de Exames Médicos Periódicos.

O Manual Operacional, que ora se apresenta, é um instrumento que serve para detalhar os procedimentos e funcionalidades, na forma de passo a passo, com informações relacionadas à operacionalização do módulo de Exames Médicos Periódicos do SIAPE-Saúde, destinado, especificamente, aos servidores públicos federais pertencentes aos quadros dos órgãos e entidades que compõem o SIPEC e que serão convocados a realizarem estes exames.

**Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor**

**Brasília, 8 de maio de 2011.**

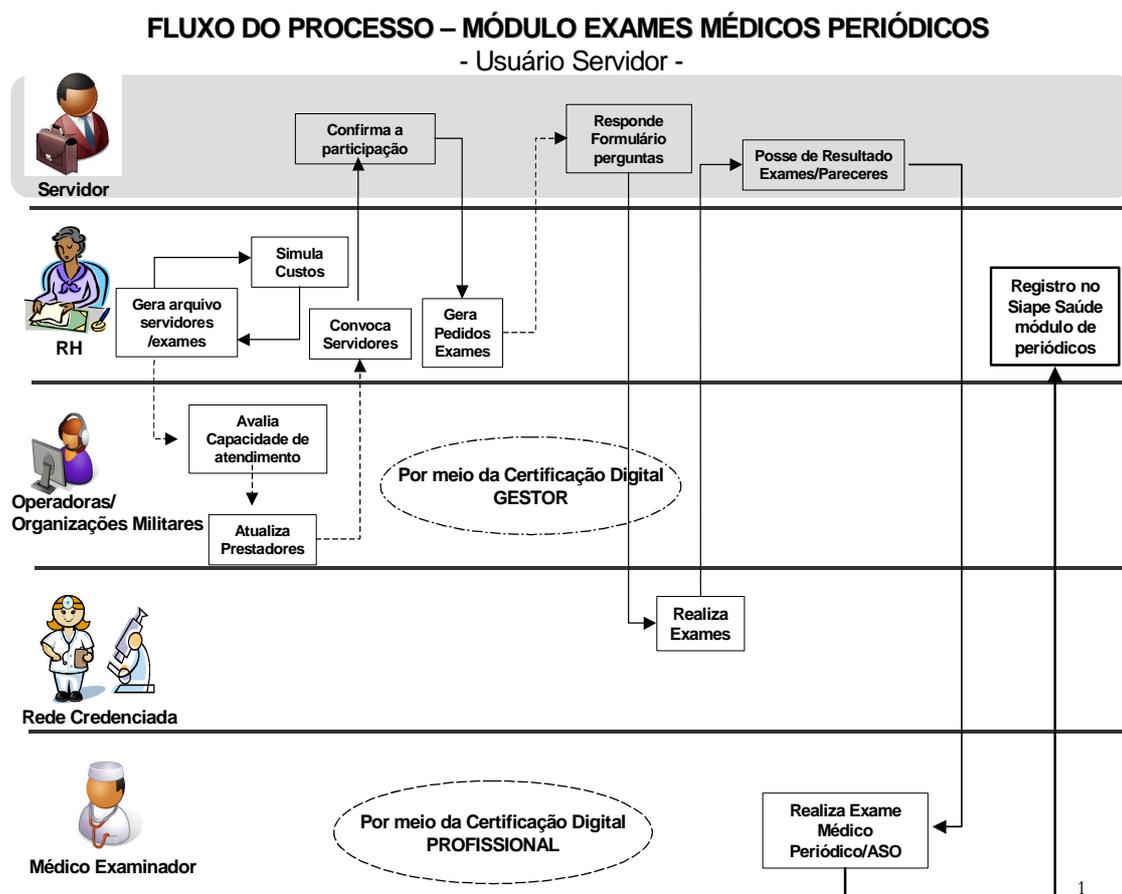
## I - INTRODUÇÃO

Os órgãos e entidades integrantes do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, que forem realizar os exames médicos periódicos de seus servidores, poderão se valer de convocações oficiais a serem feitas pelo sítio oficial das informações do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE, no módulo SIAPEnet ou por Aviso de Recebimento – AR, postada diretamente ao servidor via Correios.

O servidor, por sua vez, poderá acessar as informações sobre sua convocação e realizar os procedimentos que permitem sua participação ou não no exame médico periódico, por meio do acesso ao SIAPEnet ou dirigir-se, pessoalmente, a unidade de RH responsável por sua convocação.

Caso o servidor opte por acessar sua convocação e realizar os procedimentos por meio do SIAPEnet, deverá seguir o que orienta este manual.

Segue, abaixo, fluxo atual do módulo de exames periódicos com destaque para o momento da participação dos servidores:



## II - ACESSO AO PORTAL SIAPENET

O acesso aos procedimentos para realização dos exames periódicos ocorre por meio do Siapenet no endereço [www.siapenet.gov.br](http://www.siapenet.gov.br) .

Ao acessar o Portal é necessário que o servidor esteja cadastrado previamente neste sistema, com sua respectiva **senha de acesso**. Caso não tenha esta senha o servidor deverá efetivar seu cadastro de acordo com as orientações contidas no Portal.

Em caso de dúvida é recomendável procurar orientação junto à área de recursos humanos do seu órgão.

**1º Passo:** Acessar o sítio [www.siapenet.gov.br](http://www.siapenet.gov.br) e clicar na aba Servidor.



Figura 1: Acesso ao Portal Siapenet.

**2º Passo:** Digite sua Identificação Única e clique em **Avançar**.

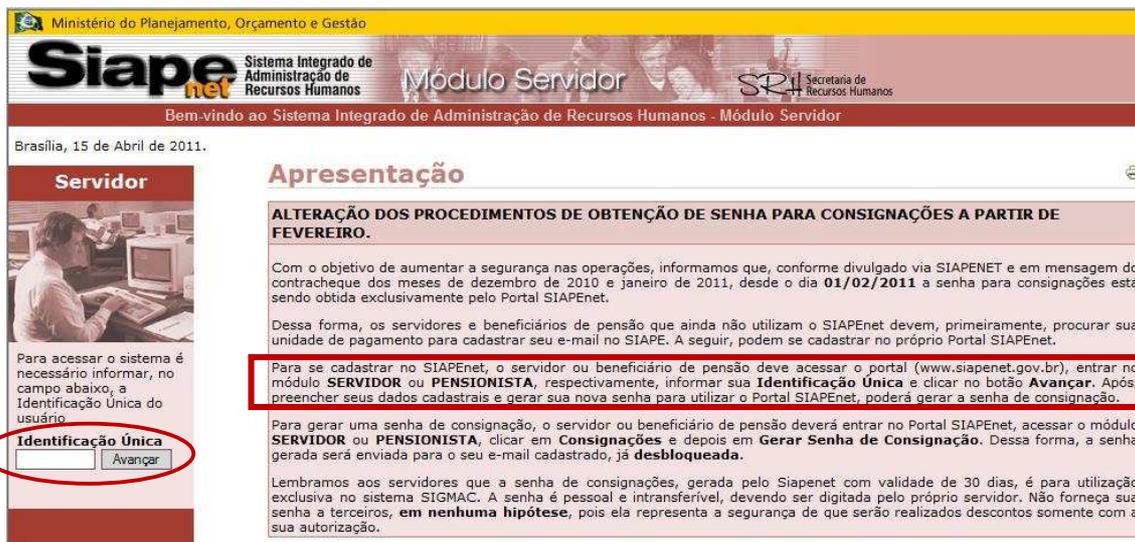


Figura 2: Acesso ao sistema e orientações.

**IDENTIFICAÇÃO ÚNICA:** Conforme número registrado na parte superior do contracheque.

**3º Passo:** Digite o usuário, a senha e clique em **Avançar**.

OBTER ACESSO

Identificação Única	004796871		
Usuário	.....	TROCAR Usuário	RECUPERAR Usuário e Senha
Senha	.....	TROCAR Senha	
<b>Avançar</b>			

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	=	
Q	W	E	R	T	Y	U	I	O	P	.	+
A	S	D	F	G	H	J	K	L	Ç	~	
1	Z	X	C	V	B	N	M	<	>	?	/
↑ Shift						Espaço					

A senha deve ser informada no teclado acima.

Voltar - Topo

Figura 3: Teclado virtual de acesso ao Módulo Servidor - SIAPENet.

**4º Passo:** Na tela inicial do Siapenet/Servidor, clique em **Saúde**.



Figura 4: Acesso ao módulo periódicos.

### III – ACESSO AOS EXAMES PERIÓDICOS

Este módulo está direcionado aos servidores públicos federais, convocados para o processo de realização dos Exames Periódicos.

**1º Passo:** Selecione o menu Exame Periódico.

Neste momento estão disponíveis duas funcionalidades conforme figura abaixo.



Figura 5: Etapas distintas do exame.

## IV - REALIZAÇÃO DOS MÉDICOS EXAMES PERIÓDICO

Este menu tem por objetivo possibilitar ao servidor manifestar quanto o seu **interesse** ou **não** de realizar os exames periódicos, além de disponibilizar as Guias de Exames para impressão e a relação da rede credenciada.

### a) Servidor confirma participação

Caso o servidor confirme sua participação no exame periódico deverá seguir os seguintes passos:

**1º Passo:** Selecione o menu **Confirmação de Realização de Exame Periódico** para concordar em realizar os exames.

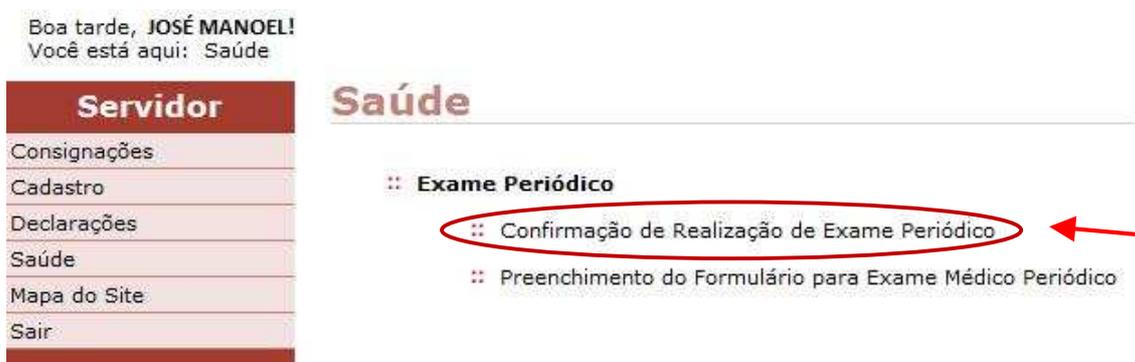


Figura 6: Acesso a funcionalidade para confirmação do exame.

**2º Passo:** Será exibida a tela com a relação de exames os quais o servidor deverá se submeter em conformidade com a lista de exames estabelecida previamente pelo MP, ratificada pelo órgão de exercício.

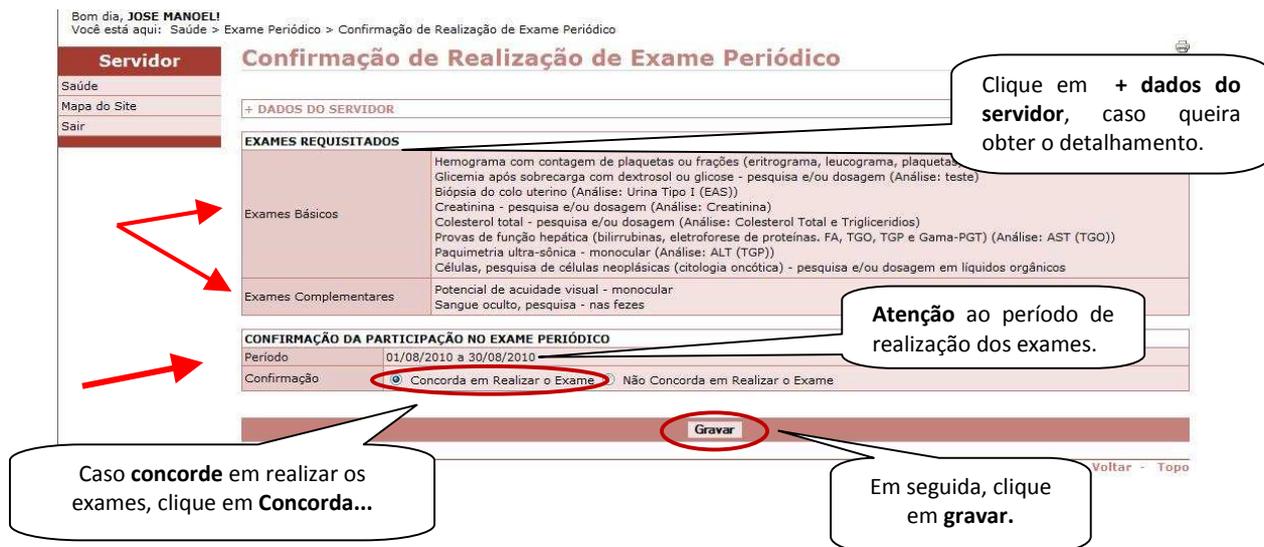


Figura 7: Processo de confirmação.

**3º Passo:** Será disponibilizada a tela com a relação de exames que deverão ser realizados.

Bom dia, **JOSE MANOEL!**  
 Você está aqui: Saúde > Exame Periódico > Confirmação de Realização de Exame Periódico

**Servidor**  
 Saúde  
 Mapa do Site  
 Sair

**Confirmação de Realização de Exame Periódico**  
 Gravação efetuada com sucesso

**DADOS BÁSICOS DO SERVIDOR**

Nome	JOSE MANOEL		
Sexo	Masculino	Data de Nascimento	01/01/2010
CPF	00000000000	RG	111111

**DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR**

Identificação Única	000000000	Órgão	17000 - MINISTERIO DA FAZENDA
Matrícula SIAPE	1111111	Lotação de Exercício	000051847 - AGENCIA/RF/RUSSAS/CE
Cargo	AGENTE DE PORTARIA		

**GUIAS DE EXAMES SOLICITADOS**

Data/Hora da Geração	Natureza	Exames Solicitados
30/07/2010/09:14	Clínico	41301307 Potencial de acuidade visual - monocular
		40304361 Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas) (Análise: Hemograma completo)
		40302032 Glicemia após sobrecarga com dextrosol ou glicose - pesquisa e/ou dosagem (Análise: teste)
		31303021 Biópsia do colo uterino (Análise: Urina Tipo I (EAS))
		40301630 Creatinina - pesquisa e/ou dosagem (Análise: Creatinina)
30/07/2010/09:14	Laboratorial	40301605 Colesterol total - pesquisa e/ou dosagem (Análise: Colesterol Total e Triglicerídios)
		40312151 Provas de função hepática (bilirrubinas, eletroforese de proteínas. FA, TGO, TGP e Gama-PGT) (Análise: AST (TGO))
		41501128 Paquimetria ultra-sônica - monocular (Análise: ALT (TGP))
		40309045 Células, pesquisa de células neoplásicas (citologia oncológica) - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos
		40303136 Sangue oculto, pesquisa - nas fezes

**REALIZAÇÃO DOS EXAMES**

UF \* PR Município \* Curitiba

**Emitir Guias**

\* Campos obrigatórios  
 Servidor, após a emissão das Guias, clicar em avançar para preenchimento do formulário de exame médico periódico

**Avançar**

Voltar - Topo

**Callouts:**

- Registro que a gravação foi feita com sucesso.
- Confira a UF.
- Identifique ou confira o município de exercício do servidor.
- Clique em Emitir Guias.
- Após clicar em Emitir Guias, clique em Avançar para abrir os formulários que deverão ser preenchidos ou retorne para o menu principal e clique na opção Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico.

Figura 8: Processo de emissão de guias.

**ATENÇÃO:** Todos os exames definidos para cada servidor serão disponibilizados na íntegra por meio de guias. Os exames com naturezas distintas (laboratorial, clínica ou de imagem) serão impressos separadamente e poderão ser reimpressos.

Exemplo de modelo de Guia de Exames - Laboratorial:


 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
 Secretaria de Recursos Humanos  
 Subsistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor - SIASS

**Guia de Exames - Laboratorial**

Data de emissão: 28/09/2011 11:07:15

Órgão responsável			
Nome	Unidade de Saúde - MINISTERIO DO PLANEJ. ORCAMENTO E GESTAO		
Endereço	rua testes, 123		
Município	UF	Distrito	Telefone
Brasília			61 33333333

Dados do Servidor			
Nome	ELIANA PEREIRA DA COSTA		
Sexo	Feminino	Data de Nascimento	31/05/1964
CPF	28721772134	RG	564237

**Autenticidade**

A autenticação desta Guia de Exames poderá ser confirmada no portal do SIASS na Internet, no endereço <http://www1.siapenet.gov.br>, por meio do seguinte código:

3989.DB8D.697C.BC1A.C8EB.9AC7

Código de autenticação eletrônica.

**Exames Requisitados**

- 40304361 - Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritograma, leucograma, plaquetas)
- 40302032 - Glicemia após sobrecarga com dextrosol ou glicose - pesquisa e/ou dosagem
- 40301630 - Creatinina - pesquisa e/ou dosagem
- 40301605 - Colesterol total - pesquisa e/ou dosagem
- 40403840 - Transaminase pirúvica - TGP ou ALT por componente hemoterápico - pesquisa e/ou dosagem - medicina transfusional
- 40311210 - Rotina de urina (caracteres físicos, elementos anormais e sedimentoscopia)
- 40302504 - Transaminase oxalacética (amino transferase aspartato) - pesquisa e/ou dosagem
- 40311236 - 2,5-hexanodiona, dosagem na urina

Relação de exames.

Figura 9: Modelo de Guias de Exames.

Exemplo de modelo de lista dos serviços credenciados:

**Lista dos Serviços Credenciados para Execução de Exames Periódicos para os Servidores da Administração Pública Federal**

Município: Brasília  
UF: DF

Nome	Tipo	Horário	Endereço	Bairro	CEP	Fone	Ramal E-mail
Natureza: avaliação clínica							
cAPE IESTE	Laboratorio		VCVCV,	CCCC	70000000	61 66666666	
Natureza: Clínico							
cAPE IESTE	Laboratorio		VCVCV,	CCCC	70000000	61 66666666	
Natureza: Laboratorial							
sabin	Laboratorio	0800	treinamento,	treinamento	70000000	61 66666666	iris@planejamento.gov.br
Natureza: Laboratorial 2							
cAPE IESTE	Laboratorio		VCVCV,	CCCC	70000000	61 66666666	

Figura 10: Modelo de lista de serviços credenciados.

**4º Passo:** Caso o servidor não tenha preenchido os formulários no momento da confirmação, selecione o menu **Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico**.

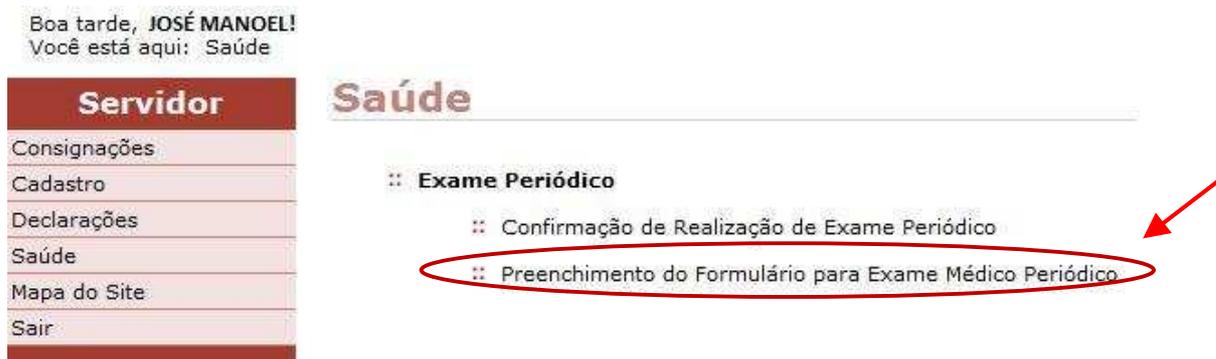


Figura 11: Acesso aos formulários para preenchimento.

**5º Passo:** O servidor identifica seu nome e abre os formulários para preenchimento.

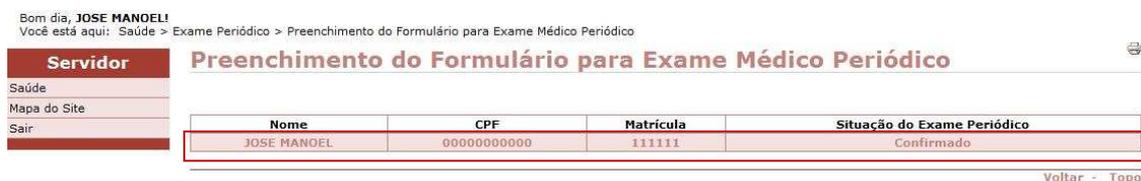


Figura 12: Identificação do nome do servidor para preencher o formulário.

**6º Passo:** Neste momento o servidor abre as abas disponíveis para preenchimento de todo o formulário.

**ATENÇÃO:** O formulário está composto de 5 abas, e para efeito de orientação deste manual seguem 2 exemplos destas abas.

Bom dia, **JOSE MANOEL!**  
 Você está aqui: Saúde > Exame Periódico > Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico

**Servidor** | **Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico**

Saúde  
 Mapa do Site  
 Sair

+ DADOS DO SERVIDOR

1. Histórico Ocupacional | 2. Antecedentes Pessoais | 3. Antecedentes Familiares | 4. Hábitos Pessoais | 5. Condições Atuais de Trabalho

---

**ANAMNESE**

**HISTÓRICO OCUPACIONAL**

Outro(s) Emprego(s)  Sim  Não

Teve outro(s) emprego(s)  Sim  Não

**Acidente de trabalho**

Teve Acidente de trabalho  Sim  Não

**Doença de trabalho**

Teve doença relacionada ao trabalho  Sim  Não

Em caso de afastamento, retornou a mesma atividade  Sim  Não

**Outra(s) Atividade(s)**

Exerce outra(s) atividade(s)  Sim  Não

Usa Equipamento de Proteção Individual  Sim  Não

Quais   
 0 caracteres digitados / restam 200

Lateralidade  Destro  Canhoto  Ambidestro

Observação   
 0 caracteres digitados / restam 600

**Gravar** **Confirmar**

Voltar - Topo

Após o preenchimento do formulário clique em **Gravar**.

Figura 13: Preenchimento e gravação do formulário por abas.

**7º Passo:** Neste momento o servidor tem a opção de preencher o formulário a ser utilizado quando da avaliação clínica.

Após o preenchimento da última aba clique em **Confirmar** para que seja concluído o preenchimento dos formulários.

Bom dia, **JOSE MANOEL!**  
 Você está aqui: Saúde > Exame Periódico > Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico

**Servidor** | **Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico**

Saúde  
 Mapa do Site  
 Sair

+ DADOS DO SERVIDOR

1. Histórico Ocupacional | 2. Antecedentes Pessoais | 3. Antecedentes Familiares | 4. Hábitos Pessoais | 5. Condições Atuais de Trabalho

Anamnese

**CONDIÇÕES ATUAIS DE TRABALHO**  
 No seu ambiente de trabalho existem problemas de:

Ruído Elevado	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Radiações ionizantes	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Iluminação adequada	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Trabalho de campo / aberto / ambiente externo	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Frio intenso	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Relacionamento com os colegas	<input checked="" type="radio"/> Bom <input type="radio"/> Ruim
Calor	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Relacionamento com a gerência	<input checked="" type="radio"/> Bom <input type="radio"/> Ruim
Mobiliário adequado	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Ritmo acelerado	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Equipamento em bom estado	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Posições/posturas inadequadas	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Exposição a produtos químicos	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Exposição a agentes biológicos	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não

Gosta do que faz:  Sim  Não

Observação:   
 0 caracteres digitados / restam 600

Gravar **Confirmar**

Voltar - Topo

Figura 14: Preenchimento e gravação do formulário por abas (última aba).

**8º Passo:** Após o preenchimento de todas as **abas** será disponibilizado o relatório com todas as perguntas e respostas que poderão ser corrigidas clicando em **Editar**, ou serem enviadas para o sistema ficando disponível para o médico durante o exame periódico, para isso clique em **Liberar Dados**.

Bom dia, **JOSE MANOEL**  
 Você está aqui: Saúde > Exame Periódico > Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico

**Servidor** | **Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico**

Saúde  
 Mapa do Site  
 Sair

**+ DADOS DO SERVIDOR**

**HISTÓRICO OCUPACIONAL**

**Outro Emprego**

Teve outro emprego	Não	Onde?	
		Atividade	
		Tempo	
		Meses	
		Anos	

**Acidente de trabalho**

Teve Acidente de trabalho	Não
---------------------------	-----

**Doença de trabalho**

Teve doença de trabalho	Não		
Em caso de afastamento, retornou a mesma atividade	Não		
Exerce outra atividade	Não	Qual atividade?	
		Quanto tempo por dia?	
		Há quanto tempo?	

Usa Equipamento de Proteção Individual: Não  
 Lateralidade: Ambidestro

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Alguém de sua família, pais, irmãos e avós, mesmo os falecidos tem ou tiveram alguma(s) desta(s) doença(s)?

Pressão Alta	Não soube informar	Epilepsia (Ataques)	Não soube informar
Doenças do coração	Não soube informar	Doença Mental	Não soube informar
Doenças dos rins	Não soube informar	Tuberculose (Doença do pulmão)	Não soube informar
Diabetes (açúcar no sangue)	Não soube informar	Neoplasia (câncer)	Não soube informar
Dislipidemia (colesterol - triglicerídios)	Não soube informar	Glaucoma	Não soube informar

**HÁBITOS PESSOAIS**

Você tem por hábito?

Realizar exercícios físicos	Não	Frequência?	
Uso regular de computador em casa	Não	Frequência?	
Tabagismo (fumante)	Não	Quantos cigarros por dia?	
Ex-tabagista	Não	Fumou por quanto tempo?	
Ingere bebidas alcólicas	Não	Frequência?	
Toma regularmente algum medicamento?	Não	Qual?	
Atividade cultural regular / hobby	Não	Qual?	
Doador sanguíneo	Não		
Ranger ou apertar os dentes	Não	Frequência?	

**HISTÓRICO INDIVIDUAL / ANTECEDENTES**

Você tem com frequência:

Doença nos olhos	Não	Dores nos ombros	Não
Doenças de Pele	Não	Dores nos cotovelos	Não
Falta de ar / chiado no peito	Não	Dor nos dedos / mãos / punhos	Não
Resfriados constantes	Não	Formigamento nas mãos	Não
Alergias	Não	Dores na Coluna	Não
Doenças do Nariz e Garganta	Não	Dor ou ruídos ao movimentar a boca	Não
Doenças nos ouvidos	Não	Dores nos pés e pernas	Não
Dores de Cabeça	Não	Tensão muscular	Não
Desmaios	Não	Distúrbio do sono	Não
Doenças na boca e dentes	Não	Cansaço ao levantar	Não
Sangramento na gengiva	Não	Ansiedade	Não
Doenças de Estômago	Não	Distúrbio Mental	Não
Diarréias Frequentes	Não	Tristeza profunda / depressão	Não
Hemorroidas	Não	Irritação nervosa	Não
Doenças Venéreas	Não	Esquecimento	Não
Inchacos	Não	Pensar ou repetir o mesmo assunto	Não
Dores no pescoço	Não		

**Feminino**

Doenças ginecológicas	
Alterações menstruais	
Ano do último exame preventivo	

**Masculino**

Dificuldade para urinar	Não
-------------------------	-----

Você tem ou teve:

Hipertensão (pressão alta)	Não	Já teve acidentes ou traumatismo (fraturas)	Não
Fez alguma cirurgia	Não	Malária	Não
Portador de necessidades especiais	Não	Esquistossomose (Barriga d' água)	Não
Doenças de Pulmão	Não	Hanseníase (Lepra)	Não
Doenças de tireóide	Não	Doença de Chagas	Não
Doenças nos rins	Não	Hérnias	Não
Doença no fígado e vesícula	Não	Varizes nas pernas	Não
Doenças do coração	Não	Zumbidos no ouvido	Não

**QUESTIONÁRIO OCUPACIONAL**

No seu ambiente de trabalho existem problemas de:

Ruído	Não	Radiação	Não
Iluminação	Não	Ambiente fechado	Não
Frio	Não	Trabalho de campo / aberto / ambiente externo	Não
Calor	Não	Relacionamento com os colegas	
Mobilidade	Não	Relacionamento com a gerência	
Equipamentos	Não	Ritmo acelerado	
Exposição a produtos químicos	Não	Intensidade	
Exposição a agentes físicos	Não		

É avaliado pelo seu chefe de forma justa: Não

**Editar** | **Liberar Dados**

Voltar - Topo

Após conferir todas as respostas, clique em **Liberar Dados**.

Caso identifique qualquer erro em suas respostas, identifique qual o formulário que está com a resposta errada e clique em **Editar**.

Figura 15: Formulário preenchido.

**b) Servidor não confirma participação:**

Caso o servidor **não confirme** ou recuse a participação do exame periódico deverá seguir os seguintes passos.

**1º Passo:** Selecione o menu **Confirmação de Realização de Exame Periódico** para **Não Concordar** ou realizar sua participação nos exames médicos periódicos.

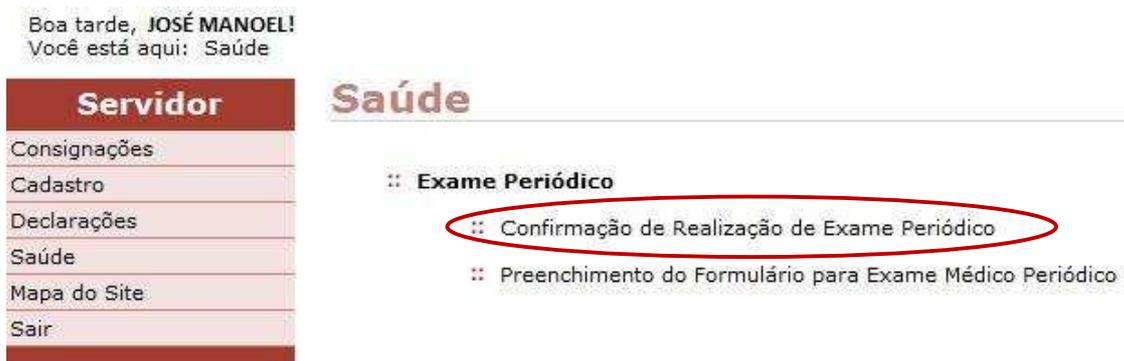


Figura 16: Acesso ao funcionalidade de confirmação de realização de exames.

**2º Passo:** Caso o servidor se recuse em realizar o exame médico periódico, clique na opção **Não Concordo em Realizar o Exame**.

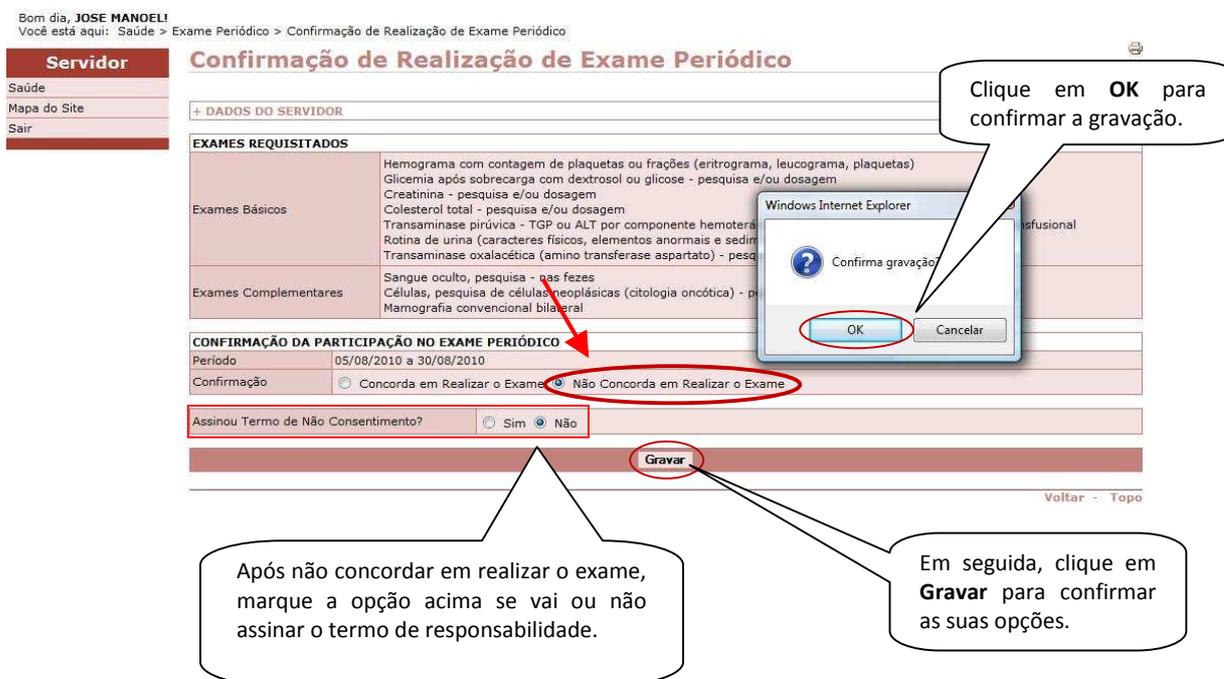


Figura 17: Opção não concordar em realizar o exame.

**3º Passo:** Acesso ao termo de recusa e disponibilização do documento para assinatura .

Exemplo de Modelo do Termo de Responsabilidade:



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS

### Termo de Responsabilidade

VILMA MARLI DEPETRIS, Matrícula Siape 568139, servidor(a) do MINISTERIO DA SAUDE, lotado no(a) SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS/PR vem por meio deste Termo declarar sua recusa em submeter-se aos procedimentos necessários à realização do exame periódico, no ano de 2010, estando ciente de que poderá reconsiderar sua decisão no prazo de até 30 dias decorridos da data de assinatura deste Termo.

CURITIBA, 16 de Agosto de 2010

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor Declarante

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do servidor do RH do Órgão

Declaro que o servidor acima citado recusa-se a participar do programa de exame médico periódico, bem como a assinar o presente termo de responsabilidade.

CURITIBA, 16 de Agosto de 2010

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do servidor do RH do Órgão

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura Testemunha

Figura 18: Formulário de recusa.

**Atenção:** Caso o servidor **não concorde** em realizar o exame, deverá imprimir o Termo de Responsabilidade e entregá-lo ao RH do órgão devidamente assinado para guarda em pasta funcional.

Nos casos em que o servidor se recusar a assinar este documento, caberá ao RH do Órgão, em conjunto com duas testemunhas (servidor público) assinar o referido termo e arquivá-lo na pasta funcional do servidor. Mas em caso de recusa, o servidor terá o prazo de 30 (trinta) dias para reconsiderar sua decisão, devendo encaminhar até o RH para reconsideração de sua decisão.