

PASSO-A-PASSO PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

1. Acessar a página do **SIGEPE** pelo endereço eletrônico:
www.servidor.sigepe.planejamento.gov.br

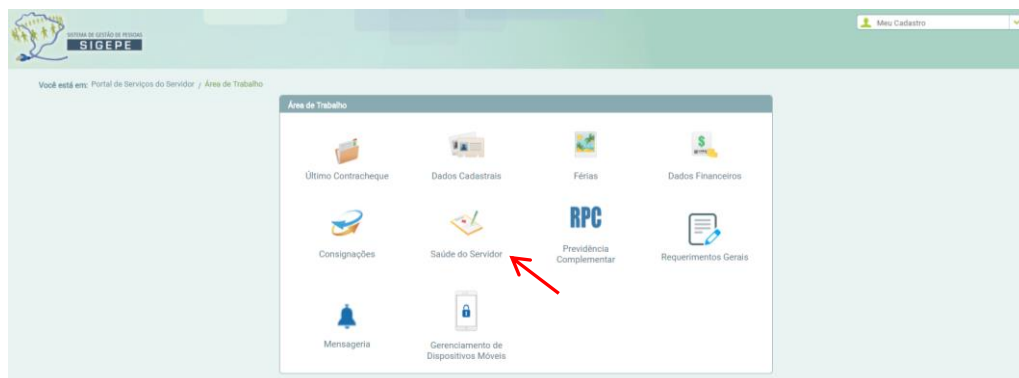
OBS: Utilizar o navegador **Mozilla Firefox** para facilitar o recebimento dos arquivos gerados.

2. Fazer **login** para entrar no sistema, digitando seu **CPF e Senha**.

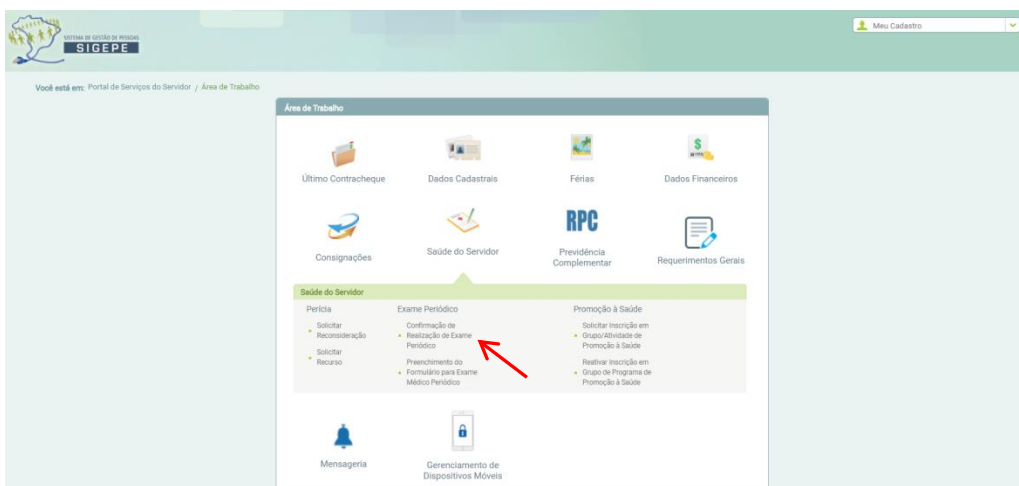


A tela de login do sistema Sigac, com o logotipo 'Sigac SISTEMA DE GESTÃO DE ACESSO' no topo. Abaixo, há o texto 'Faça login para prosseguir para o Sigepe'. O formulário de login contém um campo para CPF, um campo para 'Senha', e um botão 'Acessar'. À direita, há uma seção 'CERTIFICADO DIGITAL' com o texto: 'Se você possui certificado digital, clique no botão abaixo e acesse através de seu código PIN.' e um ícone de certificado digital. Abaixo disso, há um link 'Precisa de Ajuda?' e um menu suspenso com o texto 'SELECIONE:'.

3. Na tela **Área de Trabalho**, clicar em **'Saúde do Servidor'**.



4. Na aba **'Saúde do Servidor'**, na opção **'Exame Periódico'**, clicar em **'Confirmação de Realização de Exame Periódico'**.



5. Clicar na opção: **'Concorda em Realizar o Exame'** (caso aceite participar dos Exames Médicos Periódicos). Posteriormente, ler o termo de consentimento clicando no texto **"Termo de Consentimento"** e marcar o campo afirmando que você **'Leu e consentiu com o Termo de Consentimento'**; depois clicar em **'Salvar'**.

Confirmação de Realização de Exame Periódico

Dados do Servidor

Exames Requisitados

Exames Básicos

- Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas)
- Creatinina - pesquisa e/ou dosagem
- Colesterol total - pesquisa e/ou dosagem
- Triglicérides - pesquisa e/ou dosagem
- Rotina de urina (caracteres físicos, elementos anormais e sedimentoscopia)
- Transaminase oxalacética (amino transferase aspartato) - pesquisa e/ou dosagem
- Glicose - pesquisa e/ou dosagem
- Em consultório - Observação: - Avaliação Clínica
- Transaminase pirúvica (amino transferase de alanina) - pesquisa e/ou dosagem

Confirmação da participação no exame periódico

Período
09/01/2018 a 01/08/2018

Confirmação *

Concorda em Realizar o Exame Não Concorda em Realizar o Exame

Termo *

Li e consenti com o Termo de Consentimento



Confirmação da participação no exame periódico

Período
09/01/2018 a 01/08/2018

Confirmação *

Concorda em Realizar o Exame Não Concorda em Realizar o Exame

Termo *

Li e consenti com o Termo de Consentimento

Salvar

6. Após **'Salvar'** a opção desejada, clicar em **'Imprimir Termo de Consentimento'** e em **'Emitir Guias'**; depois, clicar em **'Avançar'**.

Confirmação de Realização de Exame Periódico

Dados do Servidor

Guias de Exames Solicitados...

Data/Hora da Gestão	Natureza	Exames Solicitados
09/01/2018 - 18:26	LABORATORIAL	40304361 Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas)
		40301630 Creatinina - pesquisa e/ou dosagem
		40301605 Colesterol total - pesquisa e/ou dosagem
		40302547 Triglicérides - pesquisa e/ou dosagem
		40311210 Rotina de urina (caracteres físicos, elementos anormais e sedimentoscopia)
		40302504 Transaminase oxalacética (amino transferase aspartato) - pesquisa e/ou dosagem
		40302040 Glicose - pesquisa e/ou dosagem
		40302512 Transaminase pirúvica (amino transferase de alanina) - pesquisa e/ou dosagem
09/01/2018 - 18:26	CLÍNICO	10101012 Em consultório - Observação: - Avaliação Clínica

Realização dos Exames

UF *
Parabá

Município *
João Pessoa

Imprimir Termo de Consentimento Emitir Guia

Imprima suas guias e as apresente para realizar seus exames nos laboratórios cadastrados.

Imprima e assine o Termo de Consentimento, que deverá ser entregue na Unidade de Gestão de Pessoas do seu Campus.

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

Avançar

7. Segue modelo do **Termo de Consentimento** que deverá ser entregue ao Departamento de Desenvolvimento de Pessoas (DDP), para servidores da Reitoria e para os demais servidores, na Unidade de Gestão de Pessoas do Campus.

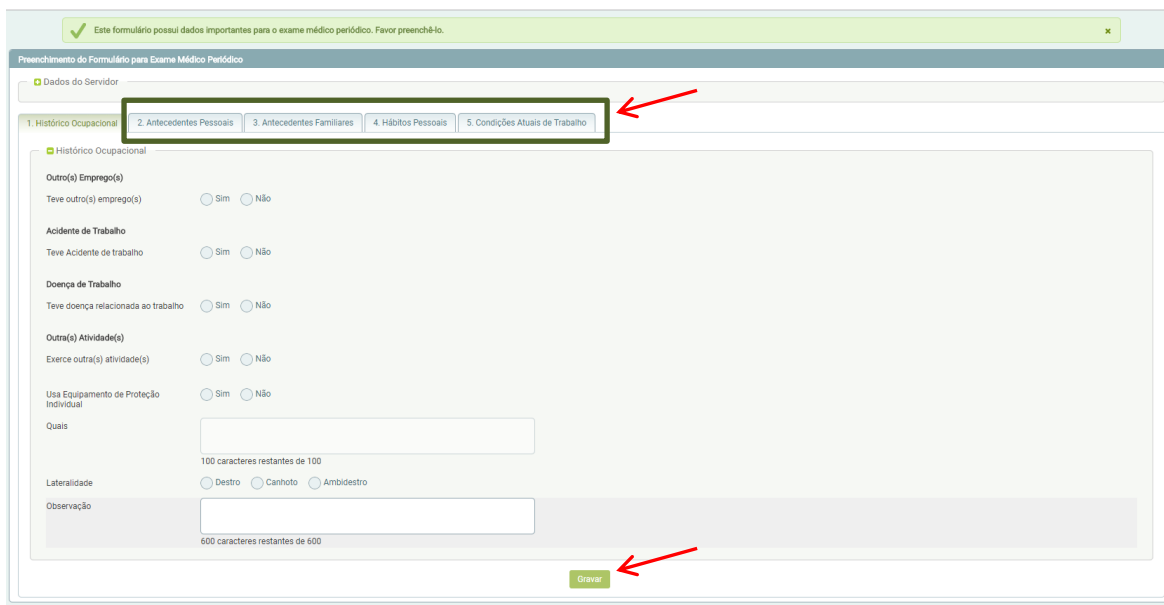
Termo de Consentimento

Pelo presente instrumento, eu, [REDACTED] Identificação única - SIAPE [REDACTED] CPF [REDACTED] estou de acordo com a realização do meu exame médico periódico, no corrente ano, incluindo os exames laboratoriais, radiológicos e clínicos.

JOAO PESSOA, 09 de Janeiro de 2018

Assinatura do Servidor

8. Na janela seguinte, preencher todas as informações solicitadas e, ao final de cada aba, clicar em **'Gravar'**; repetir esse procedimento para as demais abas.



Este formulário possui dados importantes para o exame médico periódico. Favor preenchê-lo.

Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico

Dados do Servidor

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

Histórico Ocupacional

Outro(s) Emprego(s)
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

Outra(s) Atividade(s)
Exerce outra(s) atividade(s) Sim Não

Usa Equipamento de Proteção Individual Sim Não

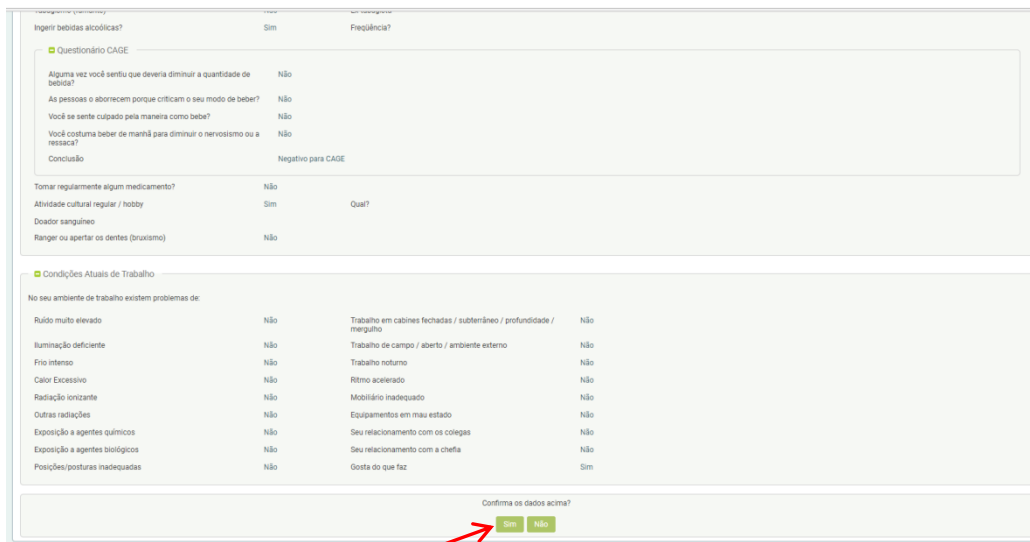
Quais
100 caracteres restantes de 100

Lateralidade Destro Canhoto Ambidestro

Observação
600 caracteres restantes de 600

Gravar

9. Após preencher todas as abas, conferir as respostas. Caso elas estejam corretas, clicar em **'Sim'** para Confirmação dos dados.



Ingerir bebidas alcoólicas? Sim Freqüência?

Questionário CAGE

Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebidas? Não

As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? Não

Você se sente culpado pela maneira como bebe? Não

Você costuma beber de manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? Não

Conclusão Negativo para CAGE

Tomar regularmente algum medicamento? Não

Atividade cultural regular / hobby Sim Qual?

Doador sanguíneo

Ranger ou apertar os dentes (bruxismo) Não

Condições Atuais de Trabalho

No seu ambiente de trabalho existem problemas de:

Ruído muito elevado	Não	Trabalho em cabines fechadas / subterrâneo / profundidade / mergulho	Não
Iluminação deficiente	Não	Trabalho de campo / aberto / ambiente externo	Não
Frio intenso	Não	Trabalho noturno	Não
Calor Excessivo	Não	Ritmo acelerado	Não
Radiação ionizante	Não	Mobiliário inadequado	Não
Outras radiações	Não	Equipamentos em mau estado	Não
Exposição a agentes químicos	Não	Seu relacionamento com os colegas	Não
Exposição a agentes biológicos	Não	Seu relacionamento com a chefia	Não
Posições/posturas inadequadas	Não	Gosta do que faz	Sim

Confirma os dados acima? Sim Não

10. Caso o servidor **não confirme** ou **recuse** a participação do Exame Periódico, deverá clicar na opção '**Não Concorda em Realizar o Exame**' e depois marcar a opção (Termo de Consentimento) para que seja impresso o referido Termo.

Confirmação de Realização de Exame Periódico

Dados do Servidor

Exames Requisitados

Exames Básicos
Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas)
Creatinina - pesquisa e/ou dosagem
Colesterol total - pesquisa e/ou dosagem
Triglicérides - pesquisa e/ou dosagem
Rotina de urina (caracteres físicos, elementos anormais e sedimentoscopia)
Transaminase oxalacética (amino transferase aspartato) - pesquisa e/ou dosagem
Glicose - pesquisa e/ou dosagem
Em consultório - Observação: - Avaliação Clínica
Transaminase pirúvica (amino transferase de alanina) - pesquisa e/ou dosagem

Confirmação da participação no exame periódico

Período
09/01/2018 a 01/08/2018

Confirmação *

Concorda em Realizar o Exame Não Concorda em Realizar o Exame

Termo *

Li e consenti com o Termo de Consentimento

11. Segue modelo do **Termo de Responsabilidade** que deverá ser entregue ao Departamento de Desenvolvimento de Pessoas (DDP), para servidores da Reitoria e para os demais servidores, na Coordenação de Gestão de Pessoas do Campus.



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 MINISTÉRIO DA SAÚDE, lotado no(a) SERVIÇO 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

Atenção: 1º Caso o servidor **não concorde em realizar o exame**, este deverá imprimir o Termo de Responsabilidade e entregá-lo ao Departamento de Desenvolvimento de Pessoas (DDP) ou na Unidade de Gestão de Pessoas do seu Campus, devidamente assinado para guarda em pasta funcional.

2º Nos casos em que o servidor se recusar a assinar este documento, caberá ao DDP ou à Unidade de Gestão de Pessoas do Campus, 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 DDP ou a Unidade de Gestão de Pessoas do Campus para reconsideração de sua decisão.