



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**.

Sigac SISTEMA DE GESTÃO DE ACESSO

Faça login para prosseguir para o Sigepe

Senha

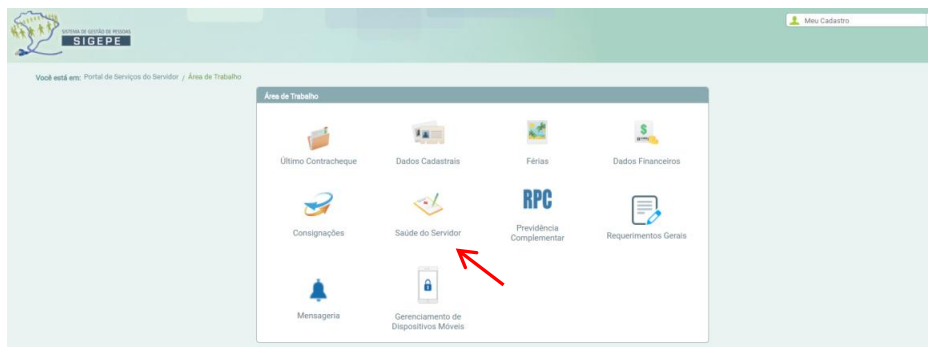
Acessar

CERTIFICADO DIGITAL

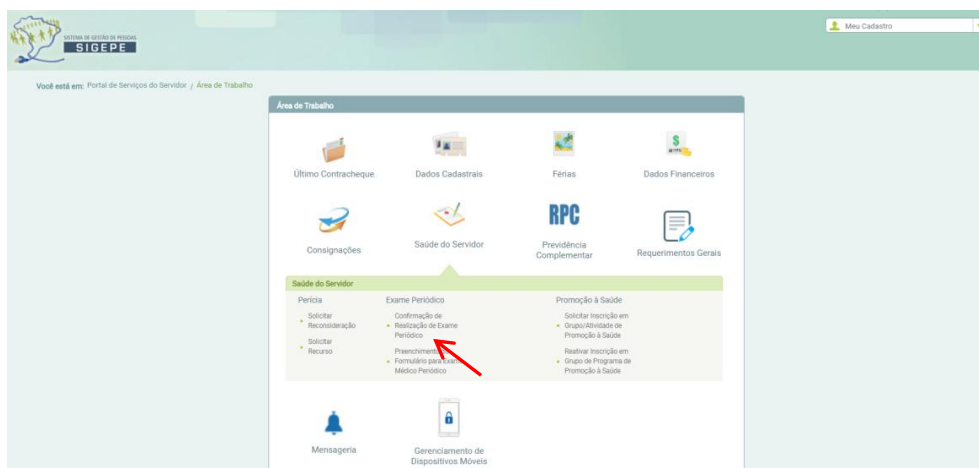
Se você possui certificado digital, clique no botão abaixo e acesse através de seu código PIN.

Precisa de Ajuda?
::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

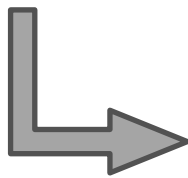
Período
09/01/2018 a 01/08/2018

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'**.

Escolha aqui o município no qual você deseja realizar os Exames.

Confirmação de Realização de Exame Periódico

Dados do Servidor

Guias de Exames Solicitados...

Data/Hora da Geração	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)
		40302304 Transaminase oxalacética (amino transferase aspartato) - pesquisa e/ou dosagem
		40302040 Glicose - pesquisa e/ou dosagem
09/01/2018 - 18:26	CLÍNICO	40302512 Transaminase pirúvica (amino transferase de alanina) - pesquisa e/ou dosagem
		10101012 Em consultório - Observação - Avaliação Clínica

Realização dos Exames

UF *
Paraíba

Município *
João Pessoa

Imprimir Termo de Consentimento Emitir Guia

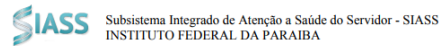
Avançar

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.



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.

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



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

Último Contracheque | Dados Cadastrais | Férias | Dados Financeiros | Consignações | Saúde do Servidor | Previdência Complementar

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
Triglicédeos - 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 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



Atenção: 1º Caso o servidor **não concorde em realizar o exame**, este deverá imprimir o Termo de Responsabilidade e entregá-lo na Coordenação de Gestão de Pessoas, devidamente assinado para guarda em pasta funcional.

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

Diretoria de Administração, Planejamento e Finanças
Coordenação de Gestão de Pessoas
IFPB Campus Monteiro
(83) 3351-3704/3351-3709