



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS**

PORTARIA R/SRH/N. ° 3698, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2013

O SECRETÁRIO DE RECURSOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, no uso de suas atribuições, e com fulcro na legislação vigente, resolve:

Convocar os servidores lotados no Centro de Formação de Professores – CFP para os exames periódicos de saúde obrigatórios.

Os exames laboratoriais serão coletados no dia 14/11/2013 a partir das 07:00h em local a ser definido pela Direção do CFP. Os demais exames serão agendado em data posterior.

O servidor que não quiser se submeter aos exames deverá assinar o Termo de Responsabilidade (anexo), o qual deverá constar também a assinatura e carimbo da chefia imediata, e posteriormente entregue na Direção do Centro.

A Direção do Centro ficará responsável em receber e encaminhar para o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS em Campina Grande os Termos de Responsabilidade de todos os servidores que não quiserem se submeter aos exames. Frisamos que o envio desses Termos deverá ocorrer em uma única vez contendo todos os Termos.

Os exames são gratuitos e foram estabelecidos e normatizados pelo Governo Federal - [Decreto N° 6.856](#) e [Portaria Normativa N° 4](#).

Maiores informações entrar em contato com o Coordenador do SIASS, Sr. Geraldo de Sousa Morais, através do telefone 83 2101 1686 ou via correio eletrônico coord.siasm@ufcg.edu.br.

HOMERO GUSTAVO CORREIA RODRIGUES

Secretário de Recursos Humanos

ANEXO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

_____,
(NOME DO SERVIDOR), _____, Matrícula Siape _____
servidor (a) do _____, lotado no (a) _____
(ÓRGÃO/ ENTIDADE)

_____, vem por meio deste Termo
(LOCAL DE LOTAÇÃO)

declarar sua recusa em submeter-se aos procedimentos necessários à realização do exame
periódico, no ano de _____ estando ciente de que poderá reconsiderar sua
decisão no prazo de até 30 dias decorridos da data de assinatura deste Termo.

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Assinatura do servidor declarante

OBS:

Data:

Assinatura do Chefe Imediato

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.
(CIDADE, DIA/MÊS E ANO)

Assinatura e carimbo do servidor do RH do Órgão

Testemunha

Assinatura da testemunha