



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

**PORTARIA R/SRH/N. ° 3089, DE 12 DE SETEMBRO 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 Educação e Saúde – CES para os exames periódicos de saúde obrigatórios.

Os exames laboratoriais serão coletados no dia 26/09/2013 a partir das 07:00h em local a ser definido pela Direção do CES. 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 1685 ou via correio eletrônico [coord.siass@ufcg.edu.br](mailto:coord.siass@ufcg.edu.br).

**HOMERO GUSTAVO CORREIA RODRIGUES**

**Secretário de Recursos Humanos**

## ANEXO

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

\_\_\_\_\_, Matrícula Siape  
(NOME DO SERVIDOR),  
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