

**Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**

**Secretaria de Recursos Humanos**

**Subsistema Integrado de Antenção à Saúde do Servidor – SIASS**

|  |
| --- |
| **Termo de Responsabilidade**  [inserir nome], matrícula Siape [inserir], servidor(a) da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO-REI, lotado no(a) [INSERIR], vem por meio deste termo declarar sua recusa em submeter-se aos procedimentos necessários à realização do exame periódico, ano 2019, estando ciente de que poderá reconsiderar sua decisão no prazo de até 30 dias decorridos da data de assinatura deste termo.  São João del-Rei, [inserir dia] de março de 2020  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do servidor declarante  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e recibo do servidor do RH do órgão |

|  |
| --- |
| Declaro que o servidor acima citado recusa-se a participar do programa de exame médico periódico, bem como assinar o presente termo de responsabilidade.  São João del-Rei, [inserir dia] de março de 2020  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo do servidor do RH do órgão  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Testemunha |

**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.

SIAPE SAÚDE – Exames Periódicos – MANUAL OPERACIONAL DOS USUÁRIOS: SERVIDOR.

Versão: 24/05/2011. Sujeito a alterações e atualização.