

# EXAMES PERIÓDICOS EM SAÚDE DA UFRRJ



**DAST**  
DIVISÃO DE ATENÇÃO  
A SAÚDE DO TRABALHADOR

**PROAD**



**SIASS**  
Subsistema Integrado de  
Atenção à Saúde do Servidor

# DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR - DAST

➤ É norteada pelo Subsistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor – **SIASS** (Decreto n.º 6.833/2009), cujo tripé de atuação é:

- **Promoção em saúde**
- **Vigilância em saúde**
- **Perícia em saúde**

# DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR - DAST

## ➤ VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

- É o conjunto de ações contínuas e sistemáticas, que possibilita conhecer e analisar os fatores determinantes e condicionantes da saúde relacionados aos ambientes e processos de trabalho. Tem como objetivo principal planejar, implantar e avaliar intervenções que reduzam os riscos ou agravos à saúde (MPOG, 2010a).

# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

- **LEI N° 8.112/1990, ART. 206-A:** define que o servidor será submetido a exames médicos periódicos, nos termos e condições definidos em regulamento.
- **DECRETO N° 6.856/2009:** regulamenta o Art. 206-A da Lei n° 8.112/1990 – Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores.

# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

- **PORTARIA NORMATIVA Nº 4/2009:** estabelece orientações para aplicação do Decreto nº 6.856/2009, que dispõe sobre os exames médicos periódicos dos servidores dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC.

# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

- **PORTARIA N° 783/2011:** estabelece a obrigatoriedade da utilização do módulo de exames médicos periódicos do SIAPE-SAÚDE aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC.

# BASE LEGAL

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009 – SIASS

## ➤ **Objetivo:**

- Tem por objetivo integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da Administração Federal.

# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009

### ➤ **Objetivos dos exames médicos periódicos:**

- Art. 2º A realização de exames médicos periódicos tem como objetivo, prioritariamente, a preservação da saúde dos servidores, em função dos riscos existentes no ambiente de trabalho e de doenças ocupacionais ou profissionais.



# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

### ➤ Orçamento

- As despesas serão custeadas pela União, com recursos destinados à assistência médica e odontológica aos servidores, empregados e seus dependentes, nos limites das dotações orçamentárias consignadas a cada unidade orçamentária (Art. 10 – Decreto nº 6.856/2009).

# BASE LEGAL

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

## ➤ Exames

Os servidores serão submetidos a exames, com base em três critérios:

- *Idade;*
- *Sexo;*
- *Atividade Laboral.*

# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

### ➤ Exames comuns a todos os servidores:

Exames laboratoriais: (exames básicos – SIAPE-SAÚDE):

- Hemograma completo;
- Glicemia;
- Urina tipo I (EAS);
- Creatinina;
- Colesterol total e triglicérides;
- AST (Transaminase Glutâmica Oxalacética – TGO);
- ALT (Transaminase Glutâmica Pirúvica – TGP).

# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

### ➤ Exames que variam de acordo com idade e/ou sexo

Citologia oncótica (Papanicolau), para todas as mulheres.

- O exame de citologia oncótica é anual para mulheres que possuem indicação médica e, caso haja dois exames seguidos com resultados normais num intervalo de um ano, o exame poderá ser feito a cada três anos.

# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

### ➤ Exames que variam de acordo com idade e/ou sexo

#### Servidores com mais de 45 anos

- Oftalmológico – acuidade visual (homens e mulheres).

#### Servidores com mais de 50 anos

- Pesquisa de **sangue oculto** nas fezes – método imunocromatográfico (homens e mulheres);
- **Mamografia** (mulheres);
- **PSA** (homens).

# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

### ➤ **Exposição a Riscos**

- Podem ser acrescentados exames e/ou avaliações;
- Desde que os procedimentos tenham relação direta com a detecção de possíveis doenças que possam ser provocadas ou agravadas em decorrência de sua atividade laboral.

# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

### ➤ Periodicidade dos Exames

- Bienal: servidores de dezoito a quarenta e cinco anos;
- Anual: servidores acima de quarenta e cinco anos;
- Anual ou em intervalos menores: para os servidores expostos a riscos que possam implicar no desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional ou profissional e para os portadores de doenças crônicas.

# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

### ➤ Resultados Aproveitados

- Realizados em prazo inferior a seis meses;
- A critério médico;
- Em conformidade com o solicitado na rotina dos exames periódicos.



# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

### ➤ Recusa

- Expresso no Decreto e na Portaria;
- Participação facultativa;
- Formalização reduzida a termo;
- A recusa expressa apenas valerá para o programa em curso.

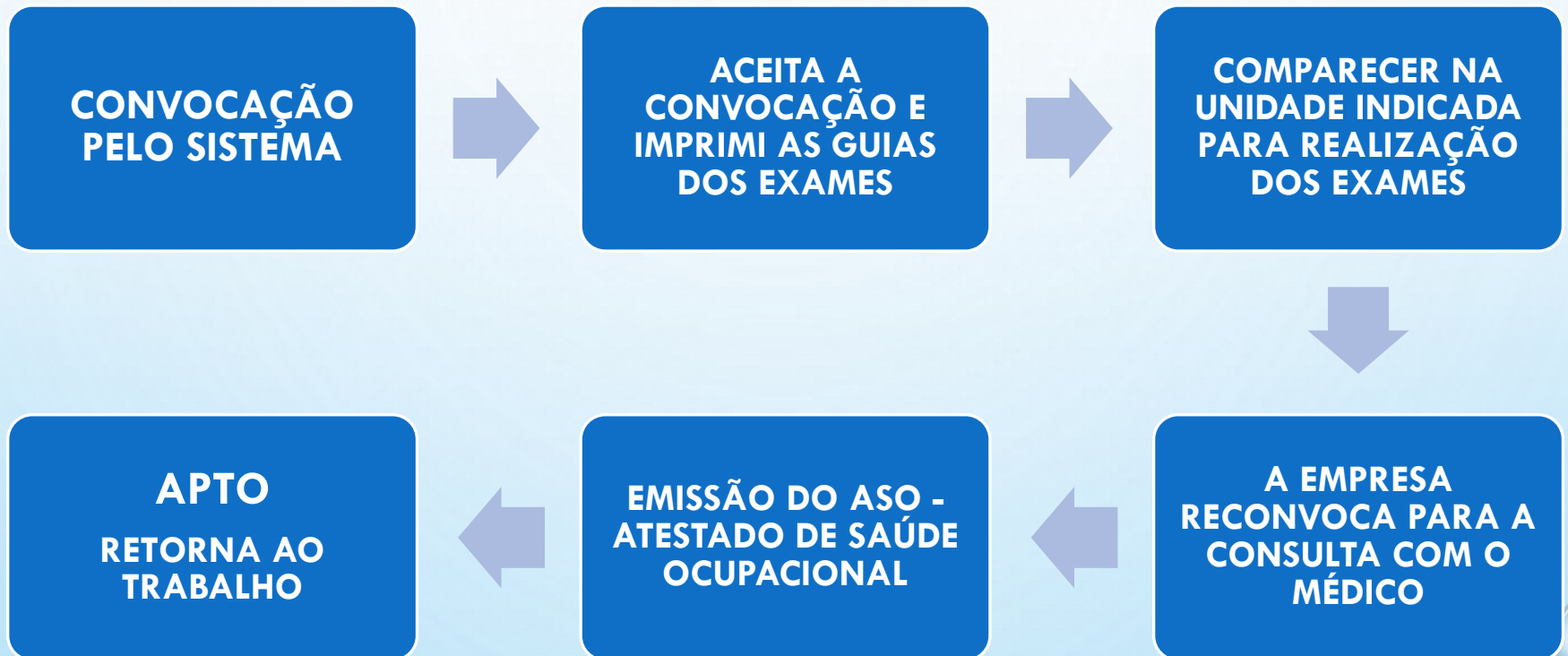
# BASE LEGAL

## EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

### ➤ Horário, Custo e Local de Atendimento

- Executado em horário de expediente, sem necessidade de compensação;
- O servidor não terá coparticipação nos custos;
- Os serviços deverão ser ofertados próximo ao local de trabalho.

# FLUXO DOS EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS



# UNIDADES DE ATENDIMENTO DOS SERVIDORES DA UFRRJ

## ➤ UNIDADE FIRJAN SESI NOVA IGUAÇU

Endereço: Rua Gérson Chernichard, S/N - Nossa Senhora Das  
Graças, Nova Iguaçu - RJ, 26263-150

Telefone: (21) 2106-7730

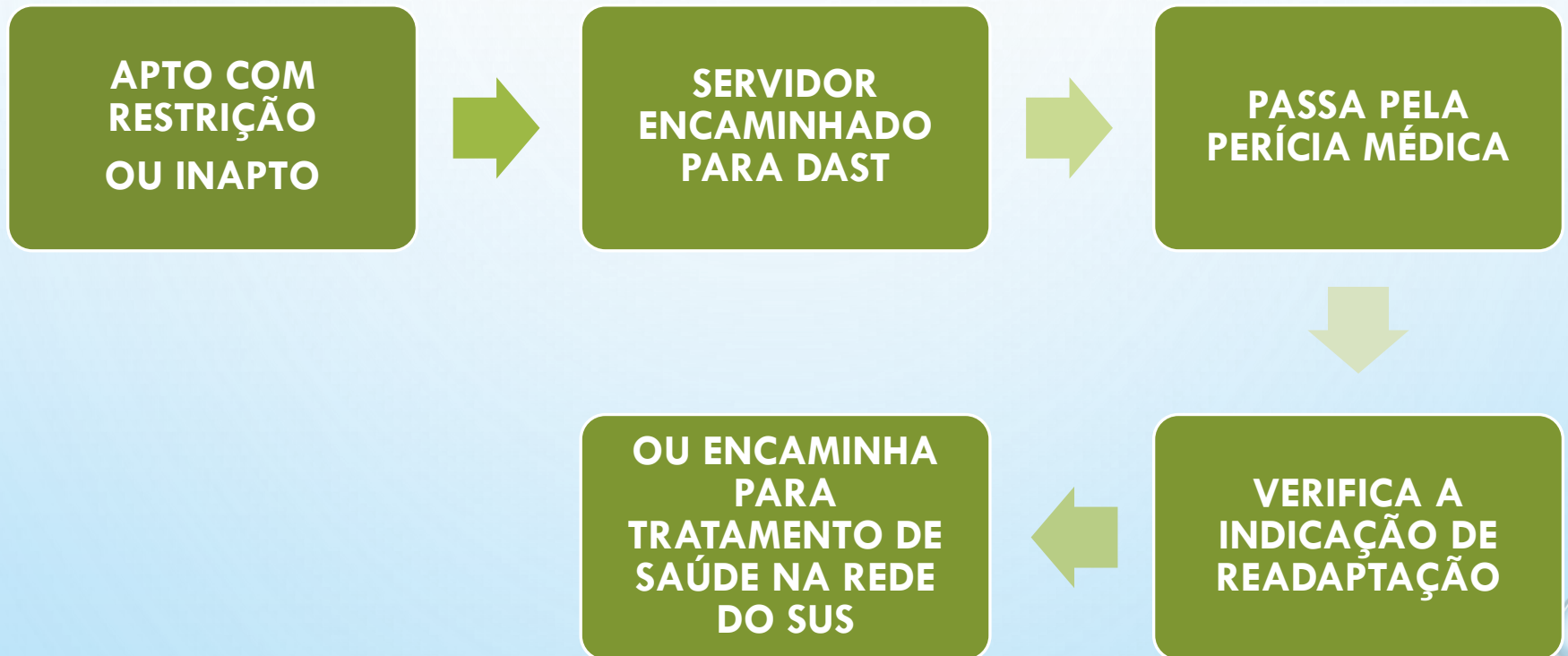
## ➤ UNIDADE FIRJAN SESI DUQUE DE CAXIAS

Endereço: Rua Artur Neiva - Circular, Duque de Caxias - RJ,  
25080-000

Telefone: (21) 3672-8393



# FLUXO DOS EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS



# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

**COMO ENTRAR NO SISTEMA?**



# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS



**Sigac**

SISTEMA  
DE GESTÃO  
DE ACESSO

Faça login para prosseguir para o Sigepe

Digite o CPF sem pontuação

Digite a senha

Acessar ➔

OU

## CERTIFICADO DIGITAL

Se você possui certificado digital, clique em uma das opções abaixo e acesse através de seu código PIN.



# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS



OLIVEIRA OLIVEIRA  
01/09/2008 08:00:07 às 11:00  
Vínculo atual: **CLASSE - T3A138-00000**  
Meu Perfil

Você está em: Portal de Serviços de Saúde / Área de Trabalho

Área de Trabalho

 Último Controle	 Dados Cadastrais	 Fóries	 Dados Financeiros
 Designações	 Saúde do Servidor	 Presidência Complementar	 Mensagens

**Saúde do Servidor**

Perícia	Exame Periódico	Promoção à Saúde
<ul style="list-style-type: none"><li>Solista</li><li>Resubstituição</li><li>Solista</li><li>Retirado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Confirmação de</li><li>Realização de Exame Periódico</li><li>Prescrição de</li><li>Formulário para Exame Médico Periódico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Solista Inscrição em</li><li>Grupo/Instituição de Promoção à Saúde</li><li>Resolva Inscrição em</li><li>Grupo de Promoção de Promoção à Saúde</li></ul>



# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

## Confirmação da realização dos exames



Consignações



Saúde do Servidor



Previdência



Requerimentos Gerais

### Saúde do Servidor

#### Perícia

- Solicitar Reconsideração
- Solicitar Recurso

#### Exame Periódico

- Confirmação de Realização de Exame Periódico
- Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico



#### Promoção à Saúde

- Solicitar Inscrição em Grupo/Atividade de Promoção à Saúde
- Reativar Inscrição em Grupo de Programa de Promoção à Saúde

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

http://www2.siapenet.gov.br/suade/IniciadorFormaFeitoExamesMedicosConfirmacao\_exame0.html

Meus favoritos: Pimeanc.puzzos | Galeria do Web Site | http://portal.fru.edu | Portal SISC... Portal... | Uta Kagénics

**Siape** net Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos **Módulo Servidor** SRH Secretaria de Recursos Humanos

Busca: Bem-vindo ao Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - Módulo Servidor

Bom dia, **JOSE MANOELI**

Você está aqui: Saúde > Exame Periódico > Confirmação de Realização de Exame Periódico

**Servidor**

ajude

tapa do Site

air

## Confirmação de Realização de Exame Periódico

### + DADOS DO SERVIDOR

### EXAMES REQUISITADOS

Exames Básicos	Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritograma, leucograma, plaquetas) (Análise: Hemograma completo) Glicemia após sobrecarga com dextrose ou glicose - pesquisa e/ou dosagem (Análise: teste) Biópsia do colo uterino (Análise: Urina Tipo I (EAS)) Creatinina - pesquisa e/ou dosagem (Análise: Creatinina) Colesterol total - pesquisa e/ou dosagem (Análise: Colesterol Total e Triglicerídeos) Provas de função hepática (bilirrubinas, eletroforese do proteínas, FA, TGO, TGP e Gama-PGT) (Análise: AST (TGO)) Paquimetria ultra-sônica - monocular (Análise: ALT (TGP)) Células, pesquisa de células neoplásicas (citologia oncológica) - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos
Exames Complementares	Potencial de acuidade visual - monocular Sangue oculto, pesquisa - nas fezes

### CONFIRMAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NO EXAME PERIÓDICO

Período	01/08/2010 a 30/08/2010
Confirmação *	<input checked="" type="radio"/> Concorda em Realizar o Exame <input type="radio"/> Não Concorda em Realizar o Exame

Li e assinei o Termo de Não Consentimento.

Gravar

Voltar - Topo

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

Bom dia, JOSE MANOEL!

Você está aqui: Saúde > Exame Periódico > Confirmação de Realização de Exame Periódico

Servidor	Confirmação de Realização de Exame Periódico
Saúde	
Mapa do Site	+ DADOS DO SERVIDOR
Salir	
<b>EXAMES REQUISITADOS</b>	
Exames Básicos	Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritograma, leucograma, plaquetas); Glicemia após sobrecarga com dextrosol ou glicose - pesquisa e/ou dosagem (Análise: teste); Biópsia do colo uterino (Análise: Urina Tipo I (EAS)); Creatinina - pesquisa e/ou dosagem (Análise: Creatinina); Colesterol total - pesquisa e/ou dosagem (Análise: Colesterol Total e Triglicerídios); Provas de função hepática (bilirrubinas, eletroforese de proteínas: FA, TGO, TGP e Gama-PGT) (Análise: AST (TGO)); Paquimetria ultra-sônica - monocular (Análise: ALT (TGP)); Células, pesquisa de células neoplásicas (citologia oncológica) - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos
Exames Complementares	Potencial de acuidade visual - monocular; Sangue oculto, pesquisa - nas fezes
<b>CONFIRMAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NO EXAME PERIÓDICO</b>	
Período	01/08/2010 a 30/08/2010
Confirmação	<input checked="" type="radio"/> Concorde em Realizar o Exame <input type="radio"/> Não Concorde em Realizar o Exame
<input type="button" value="Gravar"/>	

Clique em **+ dados do servidor**, caso queira obter o detalhamento.

Atenção ao período de realização dos exames.

Caso **concorde** em realizar os exames, clique em **Concorde...**

Em seguida, clique em **gravar**.

Voltar - Topo

Registro que a gravação foi feita com sucesso.

- Servidor**
- Saúde
- Mapa do Site
- Sair

## Confirmação de Realização de Exame Periódico

Gravação efetuada com sucesso

### DADOS BÁSICOS DO SERVIDOR

Nome	JOSE MANOEL		
Sexo	Masculino	Data de Nascimento	01/01/2010
CPF	00003000000	RG	111111

### DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR

Identificação Única	00000000	Órgão	17000 - MINISTERIO DA FAZENDA
Matrícula SIAPE	1111111	Lotação de Exercício	000051847 - AGENCIA/RF/RUSSAS/CE
Cargo	AGENTE DE PORTARIA		

### GUIAS DE EXAMES SOLICITADOS

Data/Hora da Geração	Natureza	Exames Solicitados	
30/07/2010 09:14	Clinico	41301307	Potencial de acuidade visual - monocular
		40304361	Hemograma com contagem de plaquetas ou fragões (eritrograma, leucograma, plaquetas) (Análise: Hemograma completo)
		40302032	Glicemia após sobrecarga com dextrose ou glicose - pesquisa e/ou dosagem (Análise: teste)
		31303021	Biópsia do colo uterino (Análise: Urina Tipo I (EAS))
		40301630	Creatinina - pesquisa e/ou dosagem (Análise: Creatinina)
30/07/2010 09:14	Laboratorial	40301605	Colesterol total - pesquisa e/ou dosagem (Análise: Colesterol Total e Triglicerídeos)
		40312151	Provas de função hepática (bilirrubinas, eletroforese de proteínas, FA, TGO, TGP e Gama-PGT) (Análise: AST (TGO))
		41501128	Paquímetria ultra-sônica - monocular (Análise: ALT (TGP))
		40309045	Células, pesquisa de células neoplásicas (citologia oncológica) - pesquisa e/ou dosagem em líquidos orgânicos
		40303136	Sangue oculto, pesquisa - nas fezes

Confira a UF.

Identifique ou confira o município de exercício do servidor.

### REALIZAÇÃO DOS EXAMES

UF \*  Município \*

**Emitir Guias**

\* Campos obrigatórios

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

**Avançar**

Clique em Emitir Guias.

Após clicar em **Emitir Guias**, clique em **Avançar** para abrir os formulários que deverão ser preenchidos ou retorne para o menu principal e clique na opção **Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico**.


# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS



Todos os exames definidos para cada servidor serão disponibilizados na íntegra por meio de guias. Os exames com naturezas distintas (laboratorial, clínica ou de imagem) serão impressos separadamente e poderão ser reimpressos.

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

Exemplo de modelo de Guia de Exames - Laboratorial:

 <p>Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Secretaria de Recursos Humanos Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS</p>					
<b>Guia de Exames - Laboratorial</b>					
Data de emissão: 28/09/2011 11:07:15					
<b>Órgão responsável</b>					
Nome	Unidade de Saúde - MINISTERIO DO PLANEJ. ORÇAMENTO E GESTAO				
Endereço	rua testar, 123				
Município	Brasília	UF	Distrito	Telefone	61 33333333
<b>Dados do Servidor</b>					
Nome	ELIANA PEREIRA DA COSTA				
Sexo	Feminino	Data de Nascimento	31/05/1964		
CPF	28721772154	RG	564237		
<b>Autenticidade</b>					
A autenticidade desta Guia de Exames poderá ser confirmada no portal do SIASS na Internet, no endereço <a href="http://www1.siapnet.gov.br">http://www1.siapnet.gov.br</a> , por meio do seguinte código:					
3989.DB8D.697C.BC1A.C8EB.9AC7					
<b>Exames Requisitados</b>					
40304361 - Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (entrocitograma, leucograma, plaquetas)					
40302032 - Glicemia após sobrecarga com dextrosol ou glicose - pesquisa e/ou dosagem					
40301630 - Creatinina - pesquisa e/ou dosagem					
40301605 - Colesterol total - pesquisa e/ou dosagem					
40403840 - Transaminase pirúvica - TGP ou ALT per componente hemorráptico - pesquisa e/ou dosagem - medicina transfusional					
40311210 - Rotina de urina (caracteres físicos, elementos anormais e sedimentoscopia)					
40302504 - Transaminase oxalacética (amino transferase aspartato) - pesquisa e/ou dosagem					
40311236 - 2,5-hexanodiona, dosagem na urina					

Código de autenticação eletrônica.

Relação de exames.

Figura 9: Modelo de Guias de Exames.

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

Exemplo de modelo de lista dos serviços credenciados:

## Lista dos Serviços Credenciados para Execução de Exames Periódicos para os Servidores da Administração Pública Federal

Município: Brasília

UF: DF

Nome	Tipo	Horário	Endereço	Bairro	CEP	Fone	Ramal	E-mail
------	------	---------	----------	--------	-----	------	-------	--------

Natureza: avaliação clinica

cAPE IESTE	Laboratorio		VCVCV,	CCCCC	70000000	61 66666666		
------------	-------------	--	--------	-------	----------	-------------	--	--

Natureza: Clínico

cAPE IESTE	Laboratorio		VCVCV,	CCCCC	70000000	61 66666666		
------------	-------------	--	--------	-------	----------	-------------	--	--

Natureza: Laboratorial

sabin	Laboratorio	0800	treinamento,	treinamento	70000000	61 66666666		iris@planejamento.gov.br
-------	-------------	------	--------------	-------------	----------	-------------	--	--------------------------

Natureza: Laboratorial2

cAPE IESTE	Laboratorio		VCVCV,	CCCCC	70000000	61 66666666		
------------	-------------	--	--------	-------	----------	-------------	--	--

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

## Preenchimento do formulário



Consignações



Saúde do Servidor



Previdência



Requerimentos Gerais

### Saúde do Servidor

#### Perícia

- Solicitar Reconsideração
- Solicitar Recurso

#### Exame Periódico

- Confirmação de Realização de Exame Periódico
- Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico



#### Promoção à Saúde

- Solicitar Inscrição em Grupo/Atividade de Promoção à Saúde
- Reativar Inscrição em Grupo de Programa de Promoção à Saúde



# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

## Preenchimento do formulário

Max Vendas | Primeiro passo | Guia do Web Site | Http://portal.spel.gov.br/Portal | São Sérgio

**Siape** net Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos  
Módulo Servidor SRH Secretaria de Recursos Humanos  
Bem-vindo ao Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - Módulo Servidor

Bom dia, **JOSE MANOEL!**  
Você está aqui: Saúde > Exame Periódico > Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico

**Servidor**  
Saúde  
Mapa do Site  
Sair

### 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)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Acidente de trabalho	
Teve Acidente de trabalho	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Doença de trabalho	
Teve doença relacionada ao trabalho	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Em caso de afastamento, retornou a mesma atividade	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Outra(s) Atividade(s)	
Exerce outra(s) atividade(s)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

# Preenchimento do formulário

Sair

+ DADOS DO SERVIDOR

1. Histórico Ocupacional

2. Antecedentes Pessoais

3. Antecedentes Familiares

4. Hábitos Pessoais

5. Condições Atuais de Trabalho

## ANAMNESE

### 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

Em caso de afastamento, retomou a mesma atividade

Sim  Não

#### Outra(s) Atividade(s)

Exerceu outra(s) atividade(s)

Sim  Não

Usa Equipamento de Proteção Individual

Sim  Não

Quais

0 caracteres digitados / restam 200

Lateralidade

Destro  Canhoto  Ambidestro

Observação

0 caracteres digitados / restam 600

Gravar

Confirmar

Voltar - Topo

Após o preenchimento do formulário clique em **Gravar**.

# Preenchimento do formulário última aba

**Servidor**

Saúde  
Mapa do Site  
Sair

## 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

### Anamnese

#### CONDIÇÕES ATUAIS DE TRABALHO

No seu ambiente de trabalho existem problemas de:

Ruído Elevado	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Radiações ionizantes	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Iluminação adequada	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Trabalho de campo / aberto / ambiente externo	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Frio intenso	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Relacionamento com os colegas	<input checked="" type="radio"/> Bom <input type="radio"/> Ruim
Calor	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Relacionamento com a gerência	<input checked="" type="radio"/> Bom <input type="radio"/> Ruim
Mobiliário adequado	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Ritmo acelerado	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Equipamento em bom estado	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Posições/posturas inadequadas	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Exposição a produtos químicos	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Exposição a agentes biológicos	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não

Gosta do que faz  Sim  Não

Observação

0 caracteres digitados / restam 600

Gravar **Confirmar**

Voltar - Topo

Após o preenchimento da última aba clique em **Confirmar** para que seja concluído o preenchimento dos formulários.



Importante!

## Preenchimento do formulário

Após o preenchimento de todas as **abas** será disponibilizado o relatório com todas as perguntas e respostas que poderão ser corrigidas clicando em **Editar**, ou serem enviadas para o sistema ficando disponível para o médico durante o exame periódico, para isso clique em **Liberar Dados**.

# Conferência do Preenchimento do formulário

Servidor	Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico												
Saúde													
Mapa do Site													
Sair													
<b>+ DADOS DO SERVIDOR</b>													
<b>HISTÓRICO OCUPACIONAL</b>													
<b>Outro Emprego</b>													
Teve outro emprego	Não	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">Onde?</td><td></td></tr> <tr><td>Atividade</td><td></td></tr> <tr><td>Tempo</td><td></td></tr> <tr><td>Meses</td><td></td></tr> <tr><td>Anos</td><td></td></tr> </table>	Onde?		Atividade		Tempo		Meses		Anos		
Onde?													
Atividade													
Tempo													
Meses													
Anos													
<b>Acidente de trabalho</b>													
Teve Acidente de trabalho	Não												
<b>Doença de trabalho</b>													
Teve doença de trabalho	Não												
Em caso de afastamento, retornou a mesma atividade	Não												
Exerce outra atividade	Não	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">Qual atividade?</td><td></td></tr> <tr><td>Quanto tempo por dia?</td><td></td></tr> <tr><td>Há quanto tempo?</td><td></td></tr> </table>	Qual atividade?		Quanto tempo por dia?		Há quanto tempo?						
Qual atividade?													
Quanto tempo por dia?													
Há quanto tempo?													
Usa Equipamento de Proteção Individual	Não												
Lateralidade	Ambidestro												
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>													
Alguém de sua família, pais, irmãos e avós, mesmo os falecidos tem ou tiveram alguma(s) desta(s) doença(s)?													
Pressão Alta	Não soube informar	Epilepsia (Ataques)	Não soube informar										
Doenças do coração	Não soube informar	Doença Mental	Não soube informar										
Doenças dos rins	Não soube informar	Tuberculose (Doença do pulmão)	Não soube informar										
Diabetes (açúcar no sangue)	Não soube informar	Neoplasia (câncer)	Não soube informar										
Dislipidemia (colesterol - triglicerídios)	Não soube informar	Glaucoma	Não soube informar										
<b>HÁBITOS PESSOAIS</b>													
Você tem por hábito?													
Realizar exercícios físicos	Não	Freqüência?											
Uso regular de computador em casa	Não	Freqüência?											
Tabagismo (fumante)	Não	Quantos cigarros por dia?											
Ex-tabagista	Não	Fumou por quanto tempo?											
Ingere bebidas alcoólicas	Não	Freqüência?											
Toma regularmente algum medicamento?	Não	Qual?											
Atividade cultural regular / hobby	Não	Qual?											
Doador sanguíneo	Não												
Ranger ou apertar os dentes	Não	Freqüência?											

# Conferência do Preenchimento do formulário

Doenças na boca e dentes	Não	Cansaço ao levantar	Não
Sangramento na gengiva	Não	Ansiedade	Não
Doenças de Estômago	Não	Distúrbio Mental	Não
Diarréias Frequentes	Não	Tristeza profunda / depressão	Não
Hemorroidas	Não	Irritação nervosa	Não
Doenças Ventrais	Não	Esquecimento	Não
Inchaços	Não	Pensar ou repetir o mesmo assunto	Não
Dores no pescoço	Não		
		<b>Feminino</b>	
		Doenças ginecológicas	
		Alterações menstruais	
		Ano do último exame preventivo	
		<b>Masculino</b>	
		Dificuldade para urinar	Não
Você tem ou teve:			
Hipertensão (pressão alta)	Não	Já teve acidentes ou traumatismo (fraturas)	Não
Fez alguma cirurgia	Não	Malária	Não
Portador de necessidades especiais	Não	Esquistossomose (Barriga d'água)	Não
Doenças de Pulmão	Não	Hanseníase (Lepra)	Não
Doenças de tiróide	Não	Doença de Chagas	Não
Doenças nos rins	Não	Hérnias	Não
Doença no fígado e vesícula	Não	Varizes nas pernas	Não
Doenças do coração	Não	Zumbidos no ouvido	Não
<b>QUESTIONÁRIO OCUPACIONAL</b>			
No seu ambiente de trabalho existem problemas de:			
Ruído	Não	Radiação	Não
Iluminação	Não	Ambiente fechado	Não
Frio	Não	Trabalho de campo / aberto / ambiente externo	Não
Calor	Não	Relacionamento com os colegas	
Mobilidade	Não	Relacionamento com a gerência	
Equipamentos	Não	Ritmo acelerado	
Exposição a produtos químicos	Não	Intensidade	
Exposição a agentes biológicos	Não		
	Não	É avaliado pelo seu chefe de forma justa	
<input type="button" value="Editar"/> <input type="button" value="Liberar Dados"/>			

Caso identifique qualquer erro em suas respostas, identifique qual o formulário que está com a resposta errada e clique em **Editar**.

Após conferir todas as respostas, clique em **Liberar Dados**.

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

Caso o servidor NÃO CONFIRME ou RECUSE a participação nos exames periódicos em saúde deverá seguir os seguintes passos:

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS



Consignações



Saúde do Servidor



Previdência



Requerimentos Gerais

## Saúde do Servidor

### Perícia

- Solicitar Reconsideração
- Solicitar Recurso

### Exame Periódico

- Confirmação de Realização de Exame Periódico
- Preenchimento do Formulário para Exame Médico Periódico

### Promoção à Saúde

- Solicitar Inscrição em Grupo/Atividade de Promoção à Saúde
- Reativar Inscrição em Grupo de Programa de Promoção à Saúde

Selecione o menu **Confirmação de Realização de Exame Periódico** para **Não Concordar** ou **realizar** sua participação nos exames médicos periódicos.



# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

## Confirmação de Realização de Exame Periódico

+ DADOS DO SERVIDOR

### EXAMES REQUISITADOS

Exames Básicos	Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritograma, leucograma, plaquetas) Glicemia após sobrecarga com dextrosol ou glicose - pesquisa e/ou dosagem Creatinina - pesquisa e/ou dosagem Colesterol total - pesquisa e/ou dosagem Transaminase pirúvica - TGP ou ALT por componente hemoterapia Rotina de urina (caracteres físicos, elementos anormais e sedimento) Transaminase oxalacética (amino transferase aspartato) - pesquisa
Exames Complementares	Sangue oculto, pesquisa - nas fezes Células, pesquisa de células neoplásicas (citologia oncótica) - pesquisa Mamografia convencional bilateral

### CONFIRMAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NO EXAME PERIÓDICO

Período	05/08/2010 a 30/08/2010
Confirmação	<input type="radio"/> Concorda em Realizar o Exame <input checked="" type="radio"/> Não Concorda em Realizar o Exame

Assinou Termo de Não Consentimento?  Sim  Não

Gravar

Clique em **OK** para confirmar a gravação.



Após não concordar em realizar o exame, marque a opção acima se vai ou não assinar o termo de responsabilidade.

Em seguida, clique em **Gravar** para confirmar as suas opções.

Voltar - Topo

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

O servidor ao **não concordar** em realizar o exame, deverá imprimir o [Termo de Responsabilidade](#) e entregá-lo a pessoa designada no seu campus (a ser definida no campus Nova Iguaçu), devidamente assinado para guarda em pasta funcional.

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

## Modelo do Termo



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção a 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

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

Nos casos em que o servidor se recusar a assinar este documento, caberá ao RH do Órgão, em conjunto com duas testemunhas (servidor público) assinar o referido termo e arquivá-lo na pasta funcional do servidor.

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

## Modelo do Termo

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

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

- Em caso de recusa, o servidor terá o prazo de 30 (trinta) dias para reconsiderar sua decisão, devendo encaminhar até a DAST para reconsideração de sua decisão.

# EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

## FASES DO PROCESSO

### ROTEIRO



Convocação



Aceite/Recusa



Emitir Guias



Anamnese  
Enfermagem/Servidor



Exames



Avaliação Clínica



Emissão do  
ASO

# REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009*. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009.
- BRASIL. *Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009*. Regulamenta o artigo 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 - Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores. Brasília: Presidência da República, 2009.
- MPOG - MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. *Portaria normativa nº 03, de 07 de maio 2010*. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor-NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, com o objetivo de definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Secretaria de Recursos Humanos; Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor, 2010a. Disponível em: <<https://www2.siapenet.gov.br/saude/>>. Acesso em: 28 ago. 2011.



**OBRIGADO!!!**

**FALE COM A DAST:**

<http://institucional.ufrrj.br/dast/>

[saudedotrabalhador@ufrrj.br](mailto:saudedotrabalhador@ufrrj.br)

**(21) 2682-1030**



**DAST**  
DIVISÃO DE ATENÇÃO  
A SAÚDE DO TRABALHADOR

**PROAD**