**Termo de Ciência da Avaliação por Junta Oficial de Saúde via Videoconferência**

*(Fundamentação legal: Portaria SEDGG/SGP/ME nº 190, de 2019)*

Ao Núcleo de Saúde e Segurança do Trabalho/ Setor de Saúde *Campus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MatrículaSIAPEnº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo/*Campus*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Periciado** (preencher se a perícia for para avaliação de familiar ou dependente)

Nome do Familiar/Dependente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grau de Parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Observações:**

1)Será assegurado o grau de sigilo da avaliação, conforme preceituam os Códigos de Ética da Medicina e da Odontologia, possibilitando-se a visualização adequada e momentânea do ato e dos documentos periciais, sendo vedada a gravação de áudio e vídeo.

2)A avaliação por videoconferência ocorrerá em ambiente adequado e através de sistema de registro eletrônico fechado, garantindo-se a privacidade e o sigilo das informações.

3)A finalização da avaliação por videoconferência se dará mediante validação simultânea pelos membros da a junta oficial.

Declaro estar ciente que a avaliação por junta oficial será realizada por videoconferência e terá no mínimo um perito presencial. Também tenho orientação acerca das limitações e diferenças entre a avaliação presencial e a avaliação por videoconferência, as quais incluem a conexão simultânea dos membros da junta oficial por meio do recurso de videoconferência e de sistema de registro eletrônico fechado.

Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor/Periciado