



Termo de Consentimento

Pelo presente instrumento, eu, _____ Identificação Única - SIAPE nº _____, CPF _____ estou de acordo com a realização do meu exame médico periódico, no corrente ano, incluindo os exames laboratoriais, radiológicos e clínicos.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Servidor