

## INSTRUÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO DE AVALIAÇÃO PERICIAL (somente para afastamentos)

Quando necessitar solicitar agendamento de avaliação pericial, o servidor deverá fazê-la diretamente no portal de serviços. Desta maneira, não necessitará enviar o atestado médico ao setorial de gestão de pessoas, visto que o mesmo será enviado diretamente à Perícia Médica através do portal. Para tanto, deverá seguir os passos descritos abaixo:

## Passo 1: Acessar o seguinte endereço:

http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/

## Clique em: Demais Órgãos



Ou, caso prefira, acesse diretamente através do link:

http://sigrhportal.sea.sc.gov.br/SIGRHNovoPortal/#/auth#72



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETORIA DE SAÚDE DO SERVIDOR GERÊNCIA DE PERÍCIA MÉDICA

Passo 2: Realize o acesso ao Portal de Serviços, informando usuário e senha



Passo 3: Ao efetivar o acesso, busque pela opção "Pré-agendamento Perícia Médica"



Clique nesta opção.

A tela apresentará o histórico de data e horário da última solicitação realizada. Para realizar nova solicitação, clique na opção "**Preencher formulário de pré-agendamento**"



	ie Pericia Medica	1		١
Órgão: 1501-SECR Matrícula:	ETARIA DE EST	ADO DA ADMINISTRACAO No	ome: <b>An Charle</b>	
Data e hora	Situação	Endereço da Unidade Pericial		Observações
10/08/2022 15:00hs	CONFIRMADO	CORONEL LOPES VIEIRA, 114 ( FLORIANOPOLIS (48) 3665-603	CENTRO, 8	COMPAREÇA COM NO MÍNIMO 15 MINUTOS DE ANTECEDÊNCIA
			-	Preencher formulário de pré-agendam
asso 4: Na te	la que se a	brirá, informe os dados	s da sua s	olicitação:
iidade Pericial: GERE	NCIA DE PERICIA	MEDICA - FLORIANOPOLIS		□ Perícia em trânsito
ome do dependente			Grau de pare	ntesco
		~		
estado tta de início do atestado DD/MM/YYYY	o tanta	Dias concedidos Informe a quantidade de dias concedi Campo obrigatório	□ Não infor	nado Data final do Afas
estado tta de início do atestado DD/MM/YYYY édico/Profissional Assis CRM	o tente	Dias concedidos Informe a quantidade de dias concedi Campo obrigatório Número de registro UF	□ Não infor	Data final do Afas mado Nome do profissional de Saúde
estado tta de início do atestado DD/MM/YYYY édico/Profissional Assis CRM Outros (CRO/CRP)	o stente	Dias concedidos Informe a quantidade de dias concedi Campo obrigatório Número de registro Informe o número do r Campo obrig	□ Não inforr ✓	Data final do Afas nado Nome do profissional de Saúde
estado tta de início do atestado DD/MM/YYYY ádico/Profissional Assis CRM Outros (CRO/CRP) tta disponível para ate orários disponíveis	o stente	Dias concedidos Informe a quantidade de dias concedi Campo obrigatório Número de registro UF Informe o número do r Campo obrig 9/2022	□ Não inforr v atório	Data final do Afas Nome do profissional de Saúde
estado tta de início do atestado DD/MM/YYYY édico/Profissional Assis CRM Outros (CRO/CRP) tta disponível para ate prários disponíveis Selecione um horário	o stente endimento 02/0	Dias concedidos Informe a quantidade de dias concedi Campo obrigatório Número de registro UF Informe o número do r Campo obrig 9/2022	□ Não inforr v atório	Data final do Afas Nome do profissional de Saúde
estado tta de início do atestado DD/MM/YYYY ádico/Profissional Assis CRM Outros (CRO/CRP) tta disponível para ate prários disponíveis Selecione um horário Impo obrigatório	o stente endimento 02/0	Dias concedidos Informe a quantidade de dias concedi Campo obrigatório Número de registro UF Informe o número do r Campo obrig 9/2022	□ Não inforr	Data final do Afas Nome do profissional de Saúde
estado tta de início do atestado DD/MM/YYYY ádico/Profissional Assis CRM Outros (CRO/CRP) tta disponível para ate orários disponíveis Selecione um horário impo obrigatório Descrição	o stente	Dias concedidos Informe a quantidade de dias concedi Campo obrigatório Número de registro UF Informe o número do r Campo obrig 9/2022 .	Não inforn	Data final do Afas Nome do profissional de Saúde
estado tta de início do atestado DD/MM/YYYY ádico/Profissional Assis CRM Outros (CRO/CRP) tta disponível para ate rários disponíveis Selecione um horário impo obrigatório Descrição Atestado Médico	o stente	Dias concedidos Informe a quantidade de dias concedi Campo obrigatório Número de registro UF Informe o número do r Campo obrig 9/2022 .	Não inforn	Data final do Afas Nome do profissional de Saúde
estado tta de início do atestado DD/MM/YYYY ádico/Profissional Assis CRM Outros (CRO/CRP) Ata disponível para ata orários disponíveis Selecione um horário impo obrigatório Descrição Atestado Médico	o stente	Dias concedidos Informe a quantidade de dias concedi Campo obrigatório Número de registro UF Informe o número do r Campo obrig 9/2022 .	Não inforn Não inforn v atório Nome do aro ATESTADO N	nado Nome do profissional de Saúde

Deverão ser informados/preenchidos todos os campos obrigatórios:

- Data de início do atestado;
- Quantidade de dias sugeridos pelo profissional assistente;
- CRM ou outros (CRO/CRP/RMS) do profissional assistente e Unidade da Federação do referido registro;
- Horário de atendimento (optar por um horário dentre os disponibilizados);



- Adicionar ao menos um documento relacionado ao pedido de afastamento (atestado médico com CID ou descrição da patologia, e exames quando for o caso).
- Para habilitar o botão de inserção do anexo, deverá ser preenchido o campo "Descrição": Exemplo: Atestado; exame; relatório médico, conforme o caso;
- Importante: observar o tamanho máximo permitido para o arquivo. Caso o documento possua tamanho maior que 1024mb ou 1MB, a solicitação não será enviada, gerando erro no sistema. Nestes casos, será necessário reduzir o tamanho do arquivo.

Observações:

- quando a solicitação for para Licença Tratamento Pessoa da Família, selecionar o dependente no campo específico;
- caso possua mais de um vínculo com o Estado, atente-se para o qual esteja solicitando, e repita a solicitação para o segundo vínculo, quando necessário.

## Pronto!

Ao clicar em "Incluir Pré-agendamento", sua solicitação terá sido enviada, e será apresentada a seguinte tela:

$\leftarrow$	$\rightarrow$ C	https://sigrhportal.sea.sc.gov.br/SIGRHNovoPortal/#/pre-agendamento-pericia-medica	2 A Q	to	£_≡	Ē	• …		
S Po	<b>†GRH</b> rtal de Serviço	GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA 1501-SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO     Pesquisar     Q	¢	<b>d de</b> D de					
<b>^</b>	Início	Pré-agendamento de Perícia Médica		PERÍCIA MÉDICA INCLUÍDO COM SUCESSO. VERIFIQUE DEDICIONICAMENTE O STATUS					
	Contracheque	Órgão: 1501-SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO     DA SOLICITAÇÃO, NO PORT       Matrícula:     DE SERVIÇOS							
	Consignações				_	_			
	Funcional	Data e hora Situação Endereço da Unidade Pericial	Observações						
*	Benefícios	02/09/2022AGUARDANDOCORONEL LOPES VIEIRA, 114 CENTRO, FLORIANOPOLIS10:00hsAGENDAMENTO(48) 3665-6038	FIQUE ATENTO(A) À CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO.						
¥	Cadastro								
-	Licença Prêmio								

Verifique periodicamente o status da solicitação, onde serão confirmados, quando do processamento da solicitação por parte da equipe da Unidade Pericial responsável, o endereço para comparecimento, quando for o caso, bem como a data e horário.

É necessário aguardar a confirmação da data e hora da avaliação no próprio ambiente apresentado acima. Deverão ser observados os campos: Situação e Observações.

A data e horário a serem seguidos serão aqueles informados quando houver a confirmação do agendamento.

Quando ocorrer alguma impossibilidade de finalização do pedido de Pré-agendamento por falha do sistema, deverá ser acionado o suporte do SIGRH, através de um dos canais:

e-mail: <a href="mailto:suportesigrh@sea.sc.gov.br">suportesigrh@sea.sc.gov.br</a>

whatsapp: 483665-1653