



**IPC - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CARIACICA**
CNPJ: 00.444.435/0001-25

GUIA DE INSPEÇÃO MÉDICA

1. Dados do (a) Servidor (a)

Nome: _____	
Secretaria: _____	Matrícula: _____
Função: _____	Telefone: _____
Data do último dia trabalhado: ____/____/____	

2. Motivo da Inspeção Médica

<input type="checkbox"/> Licença Saúde	<input type="checkbox"/> Licença Maternidade	
<input type="checkbox"/> Readaptação Funcional	<input type="checkbox"/> Licença Lactação	
<input type="checkbox"/> Isenção de Imposto de Renda	<input type="checkbox"/> Doença Profissional	
 <input type="checkbox"/> Licença Acompanhamento		
Se em pessoa da família mencionar o parentesco: _____		
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Com afastamento	<input type="checkbox"/> Sem afastamento

3. Observações que julgar necessária

4. Data/Assinatura / Carimbo Chefia Imediata

_____/_____/_____ Data	_____ Assinatura/ Carimbo da chefia Imediata
----------------------------------	--