



# IPC - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CARIACICA

CNPJ: 00.444.435/0001-25

## REQUERIMENTO – SERVIDOR (A) ESTATUTÁRIO

### 1. Identificação do (a) Servidor (a)

Nome:	_____
RG:	_____ CPF: _____
Nome da Mãe:	_____
Idade:	_____ Data de Nasc.: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Endereço :	_____
Bairro:	_____ CEP.: _____ Município: _____
Telefone:	_____ E-mail.: _____
Cargo:	_____ Função: _____

### 2. Identificação da Secretaria/Local de Trabalho

Secretaria :	_____ Matrícula (s): _____ / _____
Local de Trabalho:	_____
Telefone:	_____ Horário de trabalho: _____
Possui Vínculo com outro município: ( ) sim ( ) não	Em caso de sim, qual? _____
	Em que horário: _____

### 3. Informações sobre o Requerimento

#### Motivo da Inspeção Médica:

- |                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| ( ) Licença Saúde               | ( ) Licença Maternidade    |
| ( ) Licença Adotante            | ( ) Licença Paternidade    |
| ( ) Readaptação Funcional       | ( ) Licença Lactação       |
| ( ) Acidente de Trabalho        | ( ) Com afastamento        |
| ( ) Isenção de Imposto de Renda | ( ) Sem afastamento        |
|                                 | ( ) Licença Acompanhamento |
- Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

#### Atenção Servidor (a)

Ao referido requerimento deve ser anexado o atestado/laudo médico original, contendo: CID (ou justificativa de não apontamento), carimbo com o nome, especialidade e CRM do médico assistente, assinatura e data, período de afastamento, por extenso. A prorrogação de licença com prazo superior a 30 (trinta) dias deverá ser concedida por Junta médica.

Autorizo a utilização dos CID's apresentados em meu processo.

Declaro estar ciente dos procedimentos necessários para a avaliação médico pericial.

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

Assinatura do Servidor (a) ou quem o(a) Represente