



**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"/> Licença Adotante	<input type="checkbox"/> Licença Paternidade	
<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
------------------------	---