GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

IPAJM

GERÊNCIA DE PERÍCIA MÉDICA E SOCIAL - GPMS

PEDIDO DE CARACTERIZAÇÃO DE DOENÇA OCUPACIONAL

DADOS DO SERVIDOR	
NOME COMPLETO:	**MATRÍCULA/ Nº FUNCIONAL:**
CARGO:	**CÉDULA DE IDENTIDADE / ORGÃO EXPEDIDOR:**
ORGÃO DE ORIGEM:	**SETOR DE TRABALHO:**
HORÁRIO DE TRABALHO:	**TELEFONE:**

ENDEREÇO RESIDÊNCIAL:

CIDADE: **CEP:** **TELEFONE:** **email:**

CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁREA DE ATUAÇÃO / PERÍODO:
HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS, ESPECIFICANDO TIPOS DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS UTILIZADOS:

....

....

LOCAL / DATA **ASSINATURA / CARIMBO DO SERVIDOR**