



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 RESIDENCIAL:		
CIDADE:	CEP:	TELEFONE:
CONDIÇÕES DE TRABALHO		
ÁREA DE ATUAÇÃO / PERÍODO:		
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS, ESPECIFICANDO TIPOS DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS UTILIZADOS:		
CONDIÇÕES FÍSICAS DE AMBIENTE DE TRABALHO ATUAL:		
.....	
LOCAL / DATA	ASSINATURA / CARIMBO DO SERVIDOR	