



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO



IPAJM

GERÊNCIA DE PERÍCIA MÉDICA E SOCIAL

Formulário para Licença de Acompanhamento à Pessoa da Família

1 - DADOS DO SERVIDOR

Nome:

Endereço:

Telefones:

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	Parentesco	Idade	Ocupação

2- DADOS REFERENTES AO ENFERMO

Nome:

Idade: anos

Parentesco:

Endereço:

DESCRIÇÃO DO CASO E ANÁLISE TÉCNICA

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas acima.

Assinatura do Servidor Periciando

Vitória, ____ de _____ de ____.

Assinatura e carimbo do Assistente Social