



**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