

Roteiro de visita

Data: 01/12/2025

INFORMAÇÕES PESSOAIS (MINUTA)-FORMULARIO

Especialista em indenização

FABIO LEMOS ESPINHOSA

NOME COMPLETO

PABLO RICARDO

TELEFONE

16 99460-1763

TELEFONE(recado)

E-MAIL

ENDEREÇO

, , , - CEP.:

NACIONALIDADE

EMPREGADO (registro atual)

INSS

CPF

RG

ÓRGÃO EMISSOR

CIDADE EMISSÃO

ESTADO CIVIL

Desempregado (último registro)

Senha do INSS(não obrigatório)

INFORMAÇÃO DETALHADA

SOBRE O ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE

01/01/2002

Como foi o acidente:

Dentro do trabalho

Envolveu veículo:

Parte do corpo afetada:

Dedos

Outros:

Lesão:

Fratura

Outros:

Fez cirurgia:

Não

Colocou material:

Qual material:

Outros:

Sequela:

Outros:

Impacto no trabalho:

Sim

Descreva os detalhes do acidente

TRAVESSA CAIU EM CIMA DO DEDO OCASIONANDO A LESÃO , INCHOU BASTANTE E FICOU ROXO E FOI LEVADO PARA SANTA CASA DE SÃO CARLOS E FOI INGESSADO E FICOU AFASTADO 3 MESES

INSS

Afastou pelo INSS: SIM

Quanto tempo ficou afastado: 3 MESES

Estava ou está no periodo de graça:

Tem acesso ao app meu INSS: Não

EMPRESA

Profissão na época do acidente: AJUDANTE DE DESCARGA

Tinha carteira assinada (CLT): Sim

Não ficou afastado pelo INSS, apenas atestado:

Quanto tempo ficou de atestado: 3 MESES

Empresa amparou:

Voltou a trabalhar:

DOCUMENTAÇÕES

CAT foi emitida: Sim

Tem CAT em mãos: Sim

Motivo de não ter a CAT:

Tem doc. Médicos: Sim

Observação:

Tem BO:

HOSPITAL

Nome do hospital: SANTA CASA DE SÃO CARLOS

Em casos do cliente não ter nenhuma documentação médica atualizada

Se houver a possibilidade de ir em uma consulta médica, qual seria o melhor dia da semana e horário?

Dias/Horário:

Quais processos se enquadra? Auxilio-Acidente

Observação: