

INFORMAÇÕES PESSOAIS (MINUTA)-FORMULARIO

Especialista em indenização	FABIO LEMOS ESPINHOSA	CPF
NOME COMPLETO	PABLO RICARDO	RG
TELEFONE	16 99460-1763	ÓRGÃO EMISSOR
TELEFONE(recado)		CIDADE EMISSÃO
E-MAIL		
ENDEREÇO	, , , - CEP.:	ESTADO CIVIL
NACIONALIDADE		Desempregado (último registro)
EMPREGADO (registro atual)		Senha do INSS(não obrigatório)
INSS		

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 INGRESSADO E FICOU AFASTADO 3 MESES

INSS

Afastou pelo INSS: SIM**Quanto tempo ficou afastado:** 3 MESES**Estava ou está no período 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?** Auxílio-Accidente**Observação:**