**PROCESSO JUDICIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROCESSO ADM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DADOS DO CLIENTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: **ADMIN** | | | Nacionalidade: **BRASILEIRO(A)** | |
| Estado Civil: **CASADO** | Profissão: **AUTÔNOMO** | | | Fone: **(41) 99906-8990 OU (15) 1851-8181** |
| Nº CPF: **903.891.829-15** | | Nº RG: **5.402005-8** | | |
| Endereço: **RUA ALOÍSIO DE AZEVEDO, 569** | | | | |
| Bairro: **TRES RIOS** | CEP: **89.266-455** | | | Cidade: **JARAGUÁ DO SUL** |
| Estado: **SANTA CATARINA** | | Data de Nascimento: **20/12/2023** | | |

**DADOS DA CONSULTORIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Empresa: **FACIL** | Consultor: **ANDERSON** |

**DADOS DO ACIDENTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo do Acidente: **TRABALHO** | Data Aprox.: **2024** | | Hospital: **SAO JOSE** |
| Membros Afetados: **PERNA** | | | |
| Detalhes do Acidente: **TRISTE** | | | |
| Afastou INSS?: **SIM** | Tempo afastado: **4 ANOS** | | Senha GOV.BR: **132456** |
| Profissão da Época: **MARCENEIRO** | | Função que Exercia: **POUCO** | |

**DOCUMENTOS PESSOAIS E MÉDICO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS PESSOAIS** |  |  | **DOCUMENTOS MÉDICOS** |  |
| RG ou CNH: | **OK** |  | Raio X | **OK** |
| CPF: | **OK** |  | Ressonância | **OK** |
| Comprovante de Residência: | **OK** |  | Exames | **OK** |
|  |  |  | Prontuário Médio | **OK** |
| **INSS** |  |  | Laudo Médico | **OK** |
| CNIS: | **OK** |  | CAT | **OK** |
| CTPS: | **OK** |  |  |  |
| Extrato de Benefício: | **OK** |  | **OUTROS** |  |
| Laudo Médico INSS: | **OK** |  | Boletim de Ocorrência | **OK** |
| Cópia Processo ADM | **OK** |  |  |  |