



DPVAT - Andamento MILENA  
CRISTINA FERNANDES DA SILVA  
(20/10/2023) Entrada



PROTEGE CADASTRO CORRE... 08:35



para mim, CEZAR ▾

Prezado(a),

Segue abaixo a notificação de andamento do processo.

**Vítima:** MILENA CRISTINA FERNANDES DA SILVA

**Seguradora:** FABIANO - CAIXA DPVAT

**Tipo:** Invalidez

**Data do sinistro:** 04/07/2023

**Número do sinistro:** 1231/869318

**Data do andamento:** 20/10/2023

**Fase do andamento:** Perícia DPVAT

**Descrição:** SALGUEIRO

#### DADOS DA PERÍCIA

Data do agendamento: 20/10/2023 de 08:00 (Sexta-feira)

Tipo de local: Clínica

Nome do local: Empresarial Nossa Senhora de Fátima

Complemento: DR. LEONARDO COELHO

#### ENDEREÇO

Logradouro: [Rua Dr. Erick Ribeiro](#)

[Número: 324](#)

Bairro: Santo Antônio, sala 02

Município: SALGUEIRO

UF: PE

Atenciosamente, \_\_\_\_\_

Excelentíssimo:

Prefeito  
 Secretário (a)

NOME: Milena Cristina Fernandes CPF: 125.591.004-60

CARGO OU FUNÇÃO: tec. Enfermagem MATRICULA N°: \_\_\_\_\_

SECRETARIA: Saúde LOCAL DE TRABALHO: PSF IV

VEM MUI RESPEITOSAMENTE PERANTE V. EX. REQUERER:

Marque com um X, uma das opções abaixo

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANOTAR DIPLOMA OU/ CURSO  | <input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA                      |
| <input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO  | <input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. DE TEMPO P/ L. PRÊMIO  |
| <input type="checkbox"/> FÉRIAS - GOZAR            | <input type="checkbox"/> AUT. P/ CONT. TEMPO P/ APOSENTADORIA |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA             | <input type="checkbox"/> REMOÇÃO                              |
| <input type="checkbox"/> CERT. DE TEMPO DE SERVIÇO | <input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE CARGO                 |
| <input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO                | <input type="checkbox"/> RETIFICAÇÃO DE NOME                  |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO            | <input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE LICENÇA PRÊMIO        |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA À GESTANTE        | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO                           |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS   | <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS                    |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Solicito Saúde para solicitar exame de Perícia.

Milena Cristina  
ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Data: 19/10/23

Data:  / /