

# **ASSUNTO: READAPTAÇÃO**

**DESTINATÁRIO: AO DIRETOR DO DPME**

**DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO**

Av. Prefeito Passos, S/N – Várzea do Carmo –

Glicério – CEP 01517 – 020 – São Paulo – SP –

FONE: 3386 5001

-----

## **REMETENTE:**

**Nome**\_\_\_\_\_

**EE** \_\_\_\_\_

**RUA** \_\_\_\_\_, **Nº** \_\_\_\_\_,

**Bairro** \_\_\_\_\_,

**CEP**\_\_\_\_\_ **FONE** \_\_\_\_\_

**email**\_\_\_\_\_

**MUNICIPIO** \_\_\_\_\_ **SÃO PAULO**

Diretoria de Ensino da Região de