

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDERI TRINDADE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000650160-5

Nr. Autenticação

BRADESCO221120190500000000002370322600000065016084375 PAGO



DADOS DO CLIENTE

VALDEIR TRINDADE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ALEXANDRE GOMES 79

CPF: 022.120.074-69 NIS: 12827788848

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
 RENDA COM NIS

AEROPORTO/ÁREA URBANA  
 MOSSORO RN  
 58607-540

027032825 UNICA 12072019

12072019 2020376576 402796

0850675619 07/2019  
 DATA DE VENCIMENTO DATA DE PAGAMENTO

19/07/2019 13/08/2019

97,75

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aéreo 220 kWh	50,0000000	0,22217917	6,66
Consumo Aéreo superior a 50 kWh 125 kWh	70,0000000	0,56897335	26,86
Consumo Aéreo superior a 150 kWh 220 kWh	99,0000000	0,67131002	47,41
Adicional Bandeira AMARELA			0,79
Contrib. Rum. Pública Municipal			7,41
ICMS - Parcela Subvenhada			7,30
Multa por atraso NF 024754621 - 12/07/19			1,84
Juros por atraso NF 024754621 - 12/07/19			1,07
Atualização ICMS NF 024754621 - 12/07/19			0,44
Bônus Rápido - art 71 da Lei 12.465/2012			-1,82

TOTAL DA FATURA 97,75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
REGIÃO	TIPO DE	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	ADJ. E	CONSUMO (kWh)	
000000	000	12/07/2019	3027100	12072019	3027100	00	1,0000		120,00

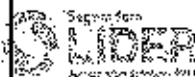
PERÍODO	TIPO DE	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	ADJ. E	CONSUMO (kWh)	
000000	000	12/07/2019	3027100	12072019	3027100	00	1,0000		120,00

ATENÇÃO: A CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA É UM TÍTULO DE CRÉDITO QUE REPRESENTA O VALOR DEBIDO PELA CONSUMIDORA À COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE. A CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA É UM TÍTULO DE CRÉDITO QUE REPRESENTA O VALOR DEBIDO PELA CONSUMIDORA À COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE. A CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA É UM TÍTULO DE CRÉDITO QUE REPRESENTA O VALOR DEBIDO PELA CONSUMIDORA À COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE.

ATENÇÃO: A CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA É UM TÍTULO DE CRÉDITO QUE REPRESENTA O VALOR DEBIDO PELA CONSUMIDORA À COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE. A CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA É UM TÍTULO DE CRÉDITO QUE REPRESENTA O VALOR DEBIDO PELA CONSUMIDORA À COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE. A CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA É UM TÍTULO DE CRÉDITO QUE REPRESENTA O VALOR DEBIDO PELA CONSUMIDORA À COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE.

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

0850675619 07/2019 19/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 97,75  
 83870000000-1 97750038400-8 85067561920-0 01729839603-8



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**Pessoa Física - Circular SUSEP 445/12**

Para obter o formulário, acesse o site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) ou ligue para 0800 922 2942, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

Central de Atendimento SUSEP para pessoas físicas: 0800 922 2942. Central de Atendimento SUSEP para pessoas jurídicas: 0800 922 2942.

Suplente e segunda via: 0800 922 2942. Central de Atendimento SUSEP para pessoas jurídicas: 0800 922 2942.

SUSEP é uma instituição pública, de direito público, sob o regime de direito público, com personalidade jurídica própria, inscrita no CNPJ nº 06.940.222/0001-91.

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de prevenção da lavagem de dinheiro, conforme estabelecido a Circular SUSEP 445/12. Disponível no endereço eletrônico:

<http://www.susep.gov.br/centraldeatendimento/DOCS/INFORMAL/ASP/TPID=1&CONJUGO=29636>

A Circular SUSEP 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir e manter em suas bases de dados o pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a profissão e a fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A pessoa em formação de informações da profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização da Seguradora DPVAT, captada, por determinação da referida Circular, cuja coleta é enviada de comunicação ao COAF.

1. O PREVENIMENTO DE Lavagem de Dinheiro - SUSEP, através do CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVENÇÃO PRIMÁRIA, PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E RESCUE, é o CONTRATO DE COOPERAÇÃO DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CUM, órgão integrante da estrutura do MINISTÉRIO DA FAZENDA, para a FISCALIZAÇÃO DE ATIVIDADES FINANCEIRAS, DESENVOLVIMENTO E IDENTIFICAÇÃO AS COORDENAÇÕES SUBJETAS DE ATIVIDADES FINANCEIRAS DO L. Nº 9.249/2006.

Relacionado ao:

Matheus Miranda Trindade

Telefone (a) de contato:

063 902 294

92

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Valderi Trindade

Inscrito (a) no CPF nº nº 022 320074 / 69

Em relação ao DPVAT cobertura:

Invalidez

da vítima

Valderi Trindade

Inscrito (a) no CPF nº nº

022 320074

69

conforme determinação da Circular SUSEP 445/12:

Declaro Profissão:

Revisor

Residência:

Revisor

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa Informar

O declarante, sob as penas da lei e para fins de prova de veracidade junto a Seguradora SUSEP-DPVAT, reside no endereço abaixo, anexando a cópia do documento de residência do endereço informado. Este ato de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 230 do Código Penal.

Endereço:

Rua Alexandre Gomes

Número: 49

Complemento:

Casa

Cidade:

Aeroporto

Cidade:

Mozzoro

Estado:

PR

CEP:

59607-540

E-mail:

Não Possui

Tel. (DDD):

(84) 99827-0066

Local e Data:

Mozzoro - PR 23/09/2019

Matheus Miranda Trindade

Assinatura do Declarante



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54609 /2019

Admissão: 08/07/2019 18:35:37

C/6

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 44385 - VALDERI TRINDADE (46 a 5 m 11 d)

Nascimento: 28/01/1973

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708400789916963

CPF: 02212007469

Prof:

Mãe: MARIA DAS GRACAS TRINDADE

Pai: JOSE TRINDADE

Logradouro: PADRE FLESBÃO, 394

CEP: 59605140

Bairro: BOA VISTA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988250407

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISÃO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

OBS:						Classificação:			PESO:		
						08/07/2019 18:32:53					
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS		

## HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: TRAUMA EM MSE

Hora: \_\_\_\_\_

Paciente refere que sofreu acidente de moto - apresenta dor imediata no membro superior direito. Raios-X evidenciando fratura de rádio e ulna distal. CD = tratamento conservador.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORARIO	ASSINT.
Gesso axila-palmar em M.D.				
Voltagem - Tampa I.M				
Fábio Dantas de Carvalho Ortopedia e Traumatologia TEOT: 45176 CRM/RN: 8672				
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL BAME MOSSORO 18/07/2019 BAME				
BAME / ARQUIVO				

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preanchar CID, PROC)

CID

Proc.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/19. Hr: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

(Assinar e Carimbar)

\*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 08 de Julho de 2019.

LAUDO MÉDICO

O paciente VALDEIR TRINDADE, 46 ANOS de idade, etnista, CPF: 022.120.074-69

HISTÓRICO: Acidente de MOTO, com CARRO NO DIA 08.07.2019. Sofreu trauma de grande impacto NO M.S.D., em cotovelo FRATURA incompleta e LUXAÇÃO POSTERO-LATERAL e TENOSINOVITE DO PUNHO HOMÓLOGO.

PROCEDIMENTO Redução da LUXAÇÃO + tala Axilo-palmar, seguida de TALA IMOBILIZADORA Axilo-palmar devido alergia. Não teve condições de fazer os sessos de Fisioterapia indicados pelo colega especialista. Boletim 54.609/2019

Dai então não mais conseguiu trabalhar, devidos as lesões capsulo-ligamentares INTRÍNSECAS, convertidas em INJÚRIAS DEFINITIVAS.

SEQUELAS.

- DOR mediante flexo extensor + prono supinador do cotovelo e punho direito;
- Supotência funcional laborar e quotidiana equivalente à 50%

CD, O T92 701 553 + 563

Mossoro 29 de outubro de 2019

Dr. Francisco William Carvalho Ferreira  
Ortopedia - Traumatologia - Doenças Reumáticas  
Medicina do Trabalho  
CRM 1160 - MTB 148 RJ



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54609 /2019

Admissão: 08/07/2019 18:35:37

06

ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 44385 - VALDERI TRINDADE (46 a 5 m 11 d)

Nascimento: 28/01/1973

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708400789918963

CPF: 02212007469

Prof:

Mãe: MARIA DAS GRACAS TRINDADE

Pai: JOSE TRINDADE

Logradouro: PADRE ELESBAO, 394

CEP: 59805140

Bairro: BOA VISTA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988250407

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAQ - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

OBS:						Classificação:		PESO:		
						08/07/2019 18:32:53				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM MSE

Hora: \_\_\_\_\_

Paciente refere que sofreu acidente de moto - apresenta dor imediata no membro superior direito - evidenciando fratura de rádio e ulna alinhada.  
CD = tratamento conservador.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
Exoaxilo palmar em M.D.			
Voltarem -amp. 7M			
<p>Fabiano Dantas de Carvalho Ortopedia e Traumatologia TEOT: 45176 CRM/RN: 8672</p>			
<p>HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL BAME MOSSORO 08/07/2019 BAME / ARQUIVO</p>			

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Precoher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/19. Hr: \_\_\_\_:

Médico:

\*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 08 de Julho de 2019.

(Assinar e Carimbar)



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54609 /2019

Admissão: 08/07/2019 18:35:37

36

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO**

Paciente: 44385 - VALDERI TRINDADE (46 a 5 m 11 d)

Nascimento: 28/01/1973

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708400789916963

CPF: 02212007469

Prof:

Mãe: MARIA DAS GRACAS TRINDADE

Pai: JOSE TRINDADE

Lugar de nascimento: PADRE ELESBAO, 394

CEP: 59605140

Bairro: BOA VISTA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988250407

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

OBS:

Classificação:

08/07/2019 18:32:53

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**

Queixas: TRAUMA EM MSE

Hora: \_\_\_\_\_

Paciente refere que sofreu acidente de moto - apresenta dor imediata no membro superior direito - evidenciando fratura da cabeça do rádio alinhada.

C.D = tratamento conservador.

Diagn. Inicial:

**PRESCRIÇÃO:**

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

Enroaxilo palmar em M.D.

Voltagem - Tamp. IM

Fabiano Dantas de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT-15176  
CRM/RN: 8873

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO

18/07/2019

SAME / ARQUIVO

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/19. Hr: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

\*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 08 de Julho de 2019.

(Assinar e Carimbar)

VITAMIN







VITIMAS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALÉRIO MIRANDA TRINDADE

DOB: 06/09/1992  
 1407201 MTR RN

CPF: 061.502.294-92  
 DATA NASCIMENTO: 06/09/1992

FILIAÇÃO: VALÉRIO TRINDADE  
 ELAURIANA MIRANDA TRINDADE

REGISTRO CIVIL: 0605621-4/92  
 DATA: 04/02/2023  
 VALIDADE: 22/04/2024

VALÉRIO MIRANDA TRINDADE

REGISTRO CIVIL: 0605621-4/92  
 DATA: 04/02/2023  
 VALIDADE: 22/04/2024

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1679984238

PROIBIDO FOTOCÓPIAR  
 1679984238

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190615243

**Cidade:** Mossoró

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VALDERI TRINDADE

**Data do acidente:** 08/07/2019

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura cabeça do rádio à direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima apresenta limitação leve dos movimentos da flexão do cotovelo

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador com gesso por 40 dias e não realizou fisioterapia motora. Evoluiu sem intercorrências, alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do cotovelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190615243 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDERI TRINDADE **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA NA CABEÇA DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. P.2  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @P.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Attestar  
P.R.  
Attestar

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Valderi Trindade		
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:	Autônomo		
IDENTIDADE:	142.2151	CNPJ:	002.120.044-69
ENDEREÇO:	Rua Alexandre Gomes 79 Japopo		

OUTORGADO

NOME:	Motheus Miranda Trindade		
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:	Autônomo		
IDENTIDADE:	1407201	CNPJ:	061.902.294-92
ENDEREÇO:	Rua Alexandre Gomes 79 Japopo		

NOME DA VÍTIMA: Valderi Trindade  
DATA DO ACIDENTE: 08/07/2019  
CIRCUNSTÂNCIA: Invalidez

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituio meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constituí o convênio do SEGURO OBRIGATORIO DE VIDA.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados no auto-proto.

Mossoró - RN 02/08/2019  
LOCAL E DATA



1º OFÍCIO

Valderi Trindade

SIGNATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço por autenticidade a firma de  
VALDERI TRINDADE  
Em 02/08/2019, às 13:38:57  
Mossoró - RN, 1º Ofício de Notas, CNPJ 002.120.044-69, R\$ 100,00  
Reconheço por autenticidade a firma de  
Motheus Miranda Trindade  
Em 02/08/2019, às 13:38:57  
Mossoró - RN, 1º Ofício de Notas, CNPJ 061.902.294-92, R\$ 100,00  
Reconheço por autenticidade a firma de  
Motheus Miranda Trindade  
Em 02/08/2019, às 13:38:57  
Mossoró - RN, 1º Ofício de Notas, CNPJ 061.902.294-92, R\$ 100,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364200/19

**Vítima:** VALDERI TRINDADE

**CPF:** 022.120.074-69

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 08/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VALDERI TRINDADE

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### MATHEUS MIRANDA TRINDADE : 061.902.294-92

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### VALDERI TRINDADE : 022.120.074-69

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019  
Nome: MATHEUS MIRANDA TRINDADE  
CPF: 061.902.294-92

MATHEUS MIRANDA TRINDADE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019  
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA  
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190615243**

Nome do(a) Examinado(a): **VALDERI TRINDADE**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Alexandre Gomes, 79 - Mossoró - RN - CEP 59607-540**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **itep /RN** ] **1422151**

Data e local do acidente: [ **08/07/2019** ]

**Rua Manoel Cirilo com Manoel João,boa vista,Mossoró,RN**

Data e local do exame: [ **13/11/2019** ] **Mossoró** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

***Fratura cabeça do rádio à direita.***

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

***Ao exame, vítima apresenta limitação leve dos movimentos da flexão do cotovelo***

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

***Submetido a tratamento conservador com gesso por 40 dias e não realizou fisioterapia motora. Evoluiu sem intercorrências, alta médica.***

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

***Limitação funcional do cotovelo direito***

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo direito

% do dano: ( ) 10% residual ( ☒ ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Luis F. C. Nascimento  
ORÇAMENTO E TRATAMENTO  
CRM 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

---

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190615243**

**Vítima: VALDERI TRINDADE**

**Data do Acidente: 08/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MATHEUS MIRANDA TRINDADE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VALDERI TRINDADE**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190615243**

**Vítima: VALDERI TRINDADE**

**Data do Acidente: 08/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MATHEUS MIRANDA TRINDADE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), VALDERI TRINDADE**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615243

Vítima: VALDERI TRINDADE

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MATHEUS MIRANDA TRINDADE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDERI TRINDADE

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: VALDERI TRINDADE

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000003226-3

Conta: 00000650160-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



### PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1. Excepciones: (a) total de cobertura: NO ☐ PARTE ☐ TRANS (DESPEAS DE ASISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARIAS) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ PARTE ☐

2-100 da cidade ou vizinhança	3- Cód. de origem 022 120 074 - 69	4- Nome completo do vizinho Valden Trindade
-------------------------------	---------------------------------------	--

REGISTRO	DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDIMENTO ANUAL DA PESSOA FÍSICA (RIRF)/IDENTIFICAÇÃO/RECONSTITUIÇÃO LEGAL - CIRCULAR SUSP. Nº 425/2012
----------	---

5 - Nome completo	Valderi Trindade	222320 074-69
7 - Profissão	Autônoma	9 - Número: 79
6 - Endereço	Rua Alexandre Gomes	10 - Complemento: casa
11 - Bairro	Aeroporto	12 - Estado: RV
13 - Cidade	Mozzoro	14 - CEP: 59607-540
15 - E-mail	Has Passus	16 - Telefone: (84) 99827-0066

DA DOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 ANOS OU INCAPAZ COM CUIDADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - Profissão do Representante Legal:
19 - CNPJ do Representante Legal:	

Declaro, para todos los fines del presente, recibir y entender los datos informados, conforme comprobante anexo (ANEXAR CÔPIA).

20 - REND: MENSAL DO TITULAR DA CONTA ☒ NÃO SE INFLUENCIA ☐ R\$1.000 A R\$1.999,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$3.999,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.999,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00.

71 - BAIXO BANCÁRIO: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

☐ CONFERIR POR PÁGINA: 3 - verifique se a cópia dos dados pessoais está correta e assinando uma cópia

☒ CONTA CORRENTE (Conto corrente)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

<input type="checkbox"/> B. Williams (227)	<input type="checkbox"/> Itzä (361)
<input type="checkbox"/> B. J. de Pires (202)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: [ ] [ ] CONTA: [ ] [ ]

AGÊNCIA: 3226 3 CONTA: 650160 5

1) 25 years or less? ☐ Yes ☐ No

Autarquia e Seguradora: Ligar e confirmar na conta bancária informada, na primeira oportunidade, o valor de indenização - sem juros do Seguro DPVAT.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

22- DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO: DECLARAÇÃO

Declaro sob as penas da lei, sob inteira responsabilidade, ao apresentar o Inquérito Definitivo (Módulo Legal 010) para os fins do reconhecimento do Inquérito Definitivo (Módulo Legal 010) que a(s) informação(ões) apresentada(s) é(são) verdadeira(s) e correta(s).

☐ Não há área que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O IMI que atende a região do adquirente ou da própria seguradora não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

☒ O IMPL que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☒ O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza periodicamente com prazo superior a 30 dias, a atualização do cadastro de veículos, condutores e segurados.

DECLARAÇÃO DE LÍNGUAS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE RASTREIO

25 - Estado: ☐ Estoril ☐ Seixal ☐ Cascais (incl. Sintra) ☐ Oeiras ☐ Separado Judicialmente ☐ Outro: \_\_\_\_\_

26 - Você se identifica com a afirmação: 26 - Você se identifica com a afirmação: ☐ Sim ☐ Não

28 - Se trata de un caso de:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> No	29 - Se trata de un caso de:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> No	30 - ¿Viste de nuevo a la víctima?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> No	31 - ¿Viste a la víctima de nuevo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> No	32 - ¿Se trata de un caso de:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> No	33 - ¿Viste de nuevo a la víctima?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> No
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

Estou ciente de que o Segurado não é obrigado, nos termos da regulamentação do Seguro DPVAT por morte, a fornecer informações que possam servir para a comprovação e provimento deste benefício, sob pena de multa de R\$ 1.000,00 (uma mil e duzentas e noventa e nove reais) em decorrência da declaração não verdadeira, punição prevista no artigo 299 do Código Penal, respectivamente criminal por falsificação artigo 299 do Código Penal.

35 - Alguns legíveis de quem não tem a carteira perdida

15 - CDF lateral de quem assina o rgo/a pedido

37 - 1<sup>o</sup> Assinatore do laudo assina a pedido do pedreiro.

49 - 50 | Name:

CPF:

Assinatura do testemunho

39 - 24 : Kemoy

1975

\_\_\_\_\_

Assistente da Legação

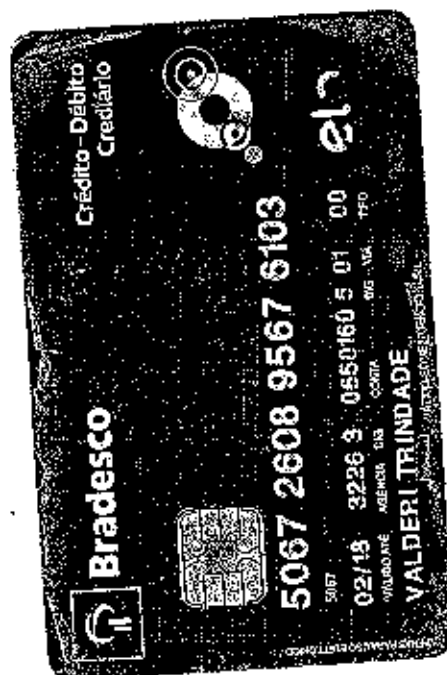
Dr. David W. Brown

X. \_\_\_\_\_  
a) assinatura do último beneficiário (declarante)

43. Assinatura do Procurador (en liever)

42- AS - nom do Representante Legatário ouve

105.012 0580272019





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028003/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/07/2019 16:23 Data/Hora Fim: 19/07/2019 16:37  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 19/07/2019  
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 08/07/2019 15:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Logradouro: Rua Manoel Cirilo com a Manoel João

Bairro: Boa Vista

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDEIR TRINDADEM (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 28/01/1973  
Profissão: Eletricista  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Ária das Graças Trindade

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 022.120.074-69

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: Alexandre Gomes Nº: 79  
Bairro: Aeroporto II  
Telefone: (84) 3316-0675 (Celular)

Nome Civil: MOTORISTA DESCONHECIDO DE UM FIAT UNO VERMELHO, NÃO SABE A PLACA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 061.902.294-92	Placa QGN0228
Renavam 01133490147	Número do Motor KD10EDJ100984
Número do Chassi 9C2KD1000JR100984	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor BRANCA	UF Veículo Rio Grande do Norte



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028003/2019

Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/NXR 160 BROS
Modelo HONDA/NXR 160 BROS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 06/11/2017	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Valderi Trindadem	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante declarou que conduzia a sua moto quando o autor do fato o "trancou" na via com o seu carro, vindo a colidir contra a lateral da sua motocicleta, em seguida perdeu o controle, desequilibrou-se e sofreu queda; Que o autor do fato se evadiu do local; Que a sua irmã o encaminhara ao HRTM; Que o presente BO é para fins de DPVAT; Que não houve representação criminal; Que o comunicante é responsável pela presente declaração digitada; Nada mais disse nesta declaração.

ASSINATURAS

  
Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Agente da Polícia  
Matrícula 1690203  
Responsável pelo Atendimento

  
VALDERI TRINDADE  
Valderi Trindadem  
(Comunicante / Vítima)

\*Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Culposa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ DADOS DE PROGRESSO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SINDICATANTES ☒ INVALÍDEZ PERMANENTE ☐ EMERGÊNCIA

2 - Nº de série do veículo	3 - CPF do titular	4 - Nome completo do titular
	022 320.074 - 69	Valdenir Trindade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS: TIPO DE RENDA: MENSA DA PESSOA FÍSICA (TITULAR/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL): CIRCULAR SUSO Nº 425/2011

5 - Nome do emitente:	Valderi Trindade	8 - CPF:	022320074-69
7 - Natureza:	Autônomo	9 - Matrícula:	79
11 - Carga:	Aeroporto	13 - Encomendado:	Casa
15 - End.:	Não possui	14 - Cidade:	Mossoró
		16 - CEP:	59607-540
		17 - Tel. (DDD):	(84) 99827-0066

INÍCIO DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR:

17 - Nome completo do apresentante legal:

18. Ref. do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19. Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

... de acordo com o que foi informado, conforme a documentação anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ 151.500,00 ANO R\$5.000,00

☒ **DELETO INFORMAR** ☐ R\$ 100,00 ATÉ R\$ 250,00 ☐ ACIMA DE R\$ 250,00

22. QUAL O BENEFICIÁRIO? ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CARIÓTIPO/TUTOR)

☐ CONTA DE ORDENANÇA (sempre que o valor for superior a 100.000,00 em 12/2020)

☒ CONTA CORRENTE (R\$ em 12/2020) Banco Bradesco

Nome do BANCO: SAFARI

☐ Decreto Estadual (001) ☐ Caixa Econômica Federal (004) ☐ Agência: 3226 3 Conta: 650460 5

[illegible]

Anterior: 2.363.910,00 - Valor da indenização/reembolso do Seguro DCPA

**DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD DEL DOCUMENTO**

72 - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO ASSURADO

daß Sie, Herr Abgeordneter, die Verantwortung für die Entscheidung über die Aufnahme von Flüchtlingen in die Bundesrepublik Deutschland nicht allein auf die Bundesregierung verlagern können, sondern daß Sie auch die Verantwortung für die Entscheidung über die Aufnahme von Flüchtlingen in die Bundesrepublik Deutschland auf sich nehmen müssen.

☐ Não há imóvel que atenda a região de abrangência do meu imóvel (assinale o código)

☒ (M) que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) dias do pedido.

De acordo com a legislação, o sistema de controle de qualidade da produção de alimentos deve ser baseado na análise de risco, com o objetivo de identificar e controlar os pontos críticos de controle (PCC) e garantir a segurança dos alimentos.

... e a política de remessa à assistência social, caso descida do nível municipal.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORREÇÃO DE NOME

2. Estado ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

25 - Gostaria de participar com a Webbs. 26 - Você já possui um computador(a)? ☒ Sim ☐ Não 27 - Que forma de pagamento você prefere para a compra do produto?

20 - Se tinha filhas, indicar:	21 - Se tinha irmãos, informar:	22 - Se tinha irmãs, informar:	23 - Se tinha filhos, indicar:
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

**Assunto:** AÇÃO DE RECONHECIMENTO DE FATO

[illegible]

38 - 12 | MONTE: \_\_\_\_\_

35 - Conto pessoal de quem assinou o registro pedido

Assinatura do testemunho

35 - Copiagem de curso sem a respectiva permissão

[illegible]

102306-14 23/09/2019

no. Local e Data: VALDEMI TRILASS

43 - Assinatura do Procurador da Fazenda Nacional

42- Assinatura del Rappresentante Legale (se ha aver)

ГРЭС.001.У.002/2019

\_\_\_\_\_