

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

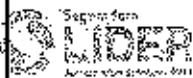
BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 00000650160-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2211201905000000000237032260000065016084375 PAGO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Central de Atendimento à Cidadão para atender a demandas previdenciárias, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

100% de cobertura e sustentabilidade. AC horas por dia. 0800-028-02-09 | Fazenda Pintinhos, São Paulo, SP, Brazil 0800-028-02-09 | E-mail: suporte@ac.com.br

WPF READING ENVIRONMENT

O preenchimento da declaração é parte integrante do processo de homologação de sistema, sendo considerado a circunstância constante no artigo 468/II.

A Circular SUSEP nº 6/5/02, que trata da prevenção à evasão de direitos no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar e elaborar as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve constar, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre o motivo e a data de saída do Brasil, além da respectiva documentação comprobatória.

Além das informações da profissão e renda, neste formulário, não impõe o pagamento da inscrição no SIS-PROFI, contudo, por determinação do referido Tribunal, cada pessoa é responsável de comunicação ao COFAC.

¹ SUBPRESIDÊNCIA DE SEGUROS PESSOAIS – SUSEPE, Órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, aposentadoria e resseguro. ² CONTRATO DE CO-PROTEÇÃO ARBITRÁRIAS FINANCEIRAS – CCON, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, que tem como finalidade garantir, auxiliar, punir administrativamente, receber, exercer e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas envolvendo os CCONs.

Matthews Miranda Trindade

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 063402294 - 92 na qualidade de Precursor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Inscrito (a) no CNPJ sob o nº 022320014-69

en calidad de Hypo7 cobertura: Anvaldez de visita: Vulderi Trindade

Início (s) do CPF do(a) rec. 023020074 / 69, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Receber informações

De fato é via, não se prense da lei e para fins de prova de residência junto o Segurador Iader-OPVAT, residir no endereço abaixo, encaminho a cópia do documento de residência em anexo, que é interrupção. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no artigo 299 do Código Penal.

Endereço:	Rua Alexandre Gomes	Número:	79	Complemento:	Casa
Entregue:	Aeroporto	Cidade:	Mossoró	CEP:	59607-540
E-mail:	não@não.com.br			tel. (DDD):	(84) 99827-0066

MO22016-W 23/09/2039

Matthew Monroe Trindale
Assinatura do Declarante

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 54609 /2019

Admissão: 08/07/2019 18:35:37

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

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

Nascimento: 28/01/1973 Natural: MOSSORÓ.BRASIL

CNS: 708400789916963

CPF: 02212001

Mãe: MARIA DAS GRACAS TRINDADE

Lugar de nro: PADRE ELESBAO, 394

CEP: 59605140

Bairro: BOA VISTA

CEP: 30300-140
Telefone: 84 988250407

Compet-

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origen: FAMILIA

*Empresas

DBS

Classificação:

PESO:

09/07/2019 18:32:53

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM MSE

Hora:

Perante míre que sofreu acidente de
moto e apresenta dor no costado direito.
Raio-x evidenciando frct. dc. esq. e
osso sacro alinhada.

C) = trattato - consenso

Dia de Iniciación

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
Gesso axilo/palmário m.s.d.			
Voltagem - Tam: 3 M			

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

(Assinar e Carimbar)

Gerado via SX por JURELICE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 09 de Junho de 2010.

Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1160 - MTR 148 RJ

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS

MEDICINA DO TRABALHO

LACTO MÉDICO

O paciente VASCONCELOS TRINDADE, 46 anos de idade, é treceira, CPF: 022.120.074-69

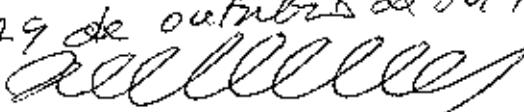
HISTÓRICO: Acidente de MOTO, com CARRO no dia 08.07.2019. Sobrejetâuma de grande impacto NO M.S.D, em cotovelo FRATURA incompleta e luxação postero-lateral e TENOSINOVITE do Punho Homólogo.

Procedimento Redução da luxação + fala Arco palmar, seguida de TACR imobilizadora Arco palmar devido a lesão. Não tem condições de fazer os sessões de Fisioterapias indicadas pelo colega especialista. Boletim 54.609/2019

Dai 2 estádios não mais consegue trabalhar, dividindo as lesões capsulamentares intrínsecas, convertidas em INFIRMIAS DEFINITIVAS.

SEQUELAS:

- DOR mediante flexo extensão + prumo susinante dos cotovelos e punhos direito;
- Impotência funcional laboral e quotidiana equivalente à 50% CTD 0 T92 nos S53. + S63

2 Moçambique 29 de outubro de 2019


Dr. William Carvalho Ferreira
Ortopedista - Traumatologista
Necrópolis de Trindade
CRM 1160 - MTR 148 RJ

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 44386 - VALDERI TRINDADE (46 a 5 m 11 d)

Nascimento: 28/01/1973

Natural: MOSSORÓ-BRASIL

CNS: 708400789916963

CPF: 02212007469

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA DAS GRACAS TRINDADE

Prof:

Logradouro: PADRE ELESBAO, 394

Pai: JOSE TRINDADE

CEP: 59605140

Bairro: BOA VISTA

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.968250407

Compt:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISÃO - 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

HISTORIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM MSE

Hora:

Paciente informa que sofreu acidente de moto e apresenta dor no cotovelo direito falso e evidenciando fract. da clavícula do lado esquerdo alinhada.

c-D = tratamento conservador.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

Escoxilo Palmar em M.S.D.

Voltarem - Tam. 3 M

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEOT-15176
CRMN: 6073

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA
ESTÁ COMPORME O ORIGINAIS
SAME MOSSORÓ 18/07/2019

Rino
SAMU ARQUIVO

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

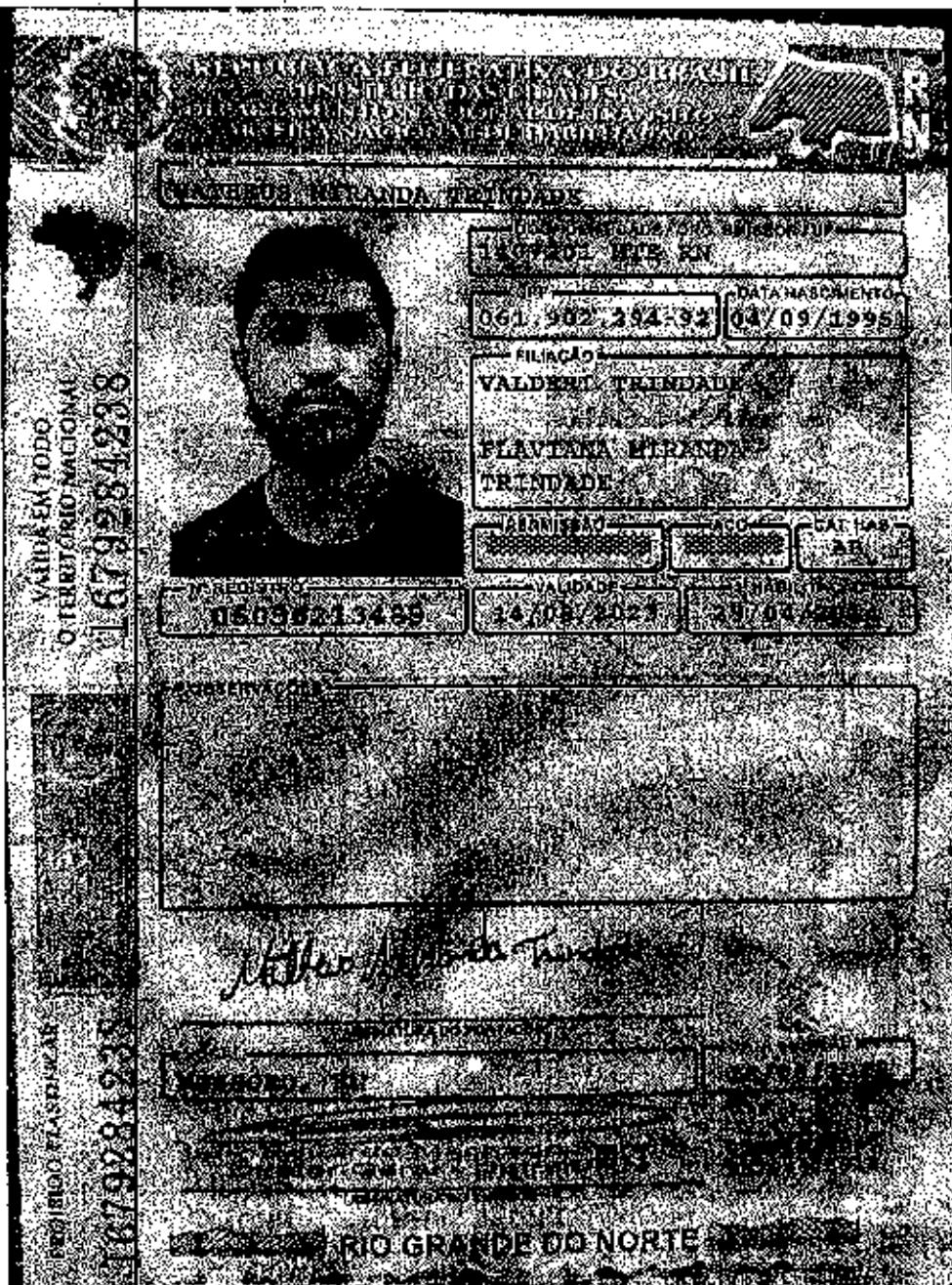
CID _____ Proc. _____ Data: ____ / ____ /19. Hr: ____ : ____ Médico: _____

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

(Assinar e Carimbar)

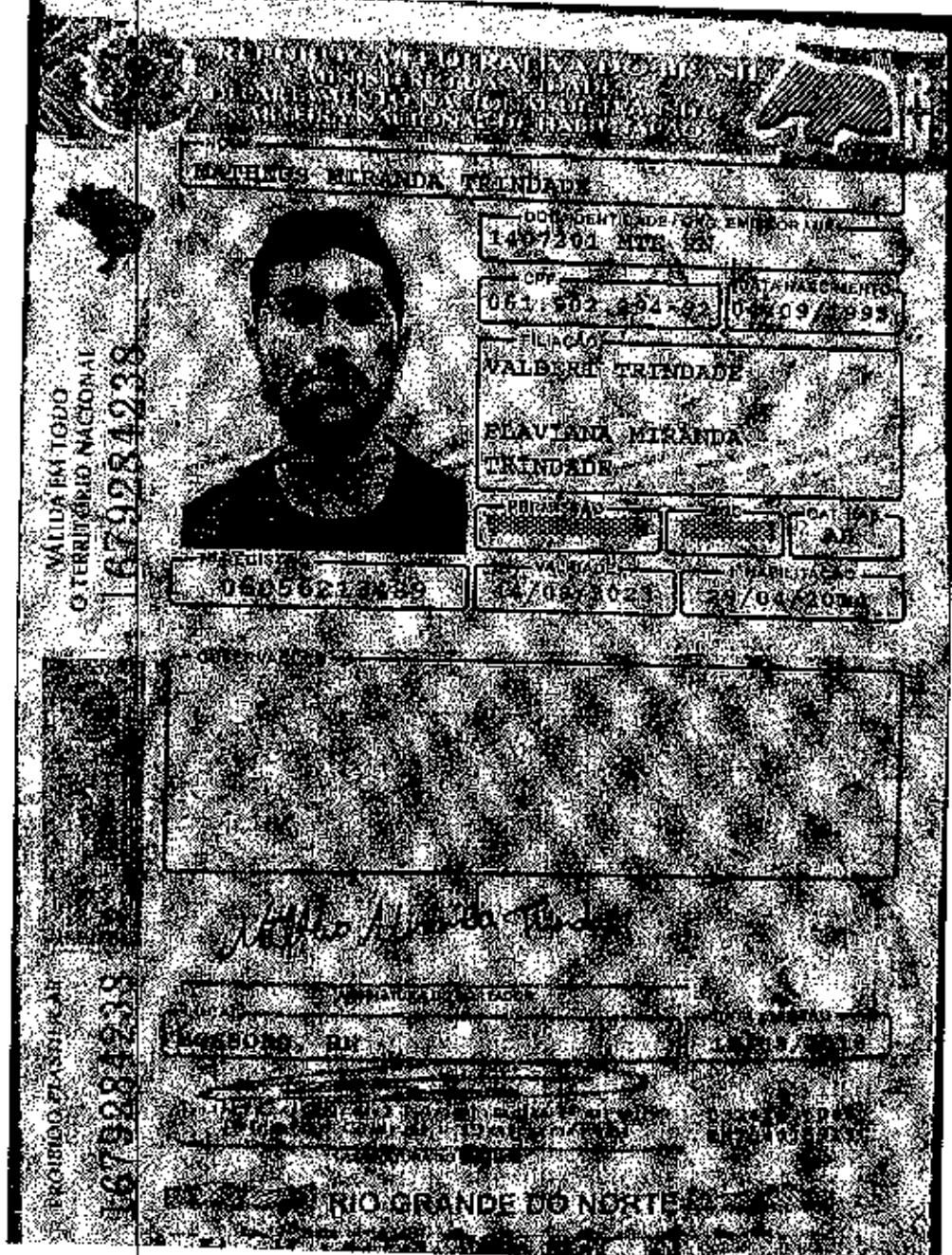
VITIMAS





VITIMAS





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

Valorização 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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364200/19

Vítima: VALDERI TRINDADE

Data do acidente: 08/07/2019

CPF: 022.120.074-69

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDERI TRINDADE

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

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 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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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 (X) 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.



Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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.

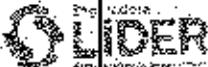
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Estado: (4) Espaço de cobertura:	<input type="checkbox"/> TRAM (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MATE
2 - Número do seu RG:	022 320 074 - 69	4 - Nome completo da vítima:	Valderi Trindade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FORMA DE PAGAMENTO MENSAL DA VERSÃO FÍSICA (INSCRIÇÃO/REINSCRIÇÃO LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Valderi Trindade	6 - Endereço: Rua Alexandre Gomes	9 - Número: 79	10 - Complemento: Casa
7 - Profissão: Autônomo	8 - Telefone: (84) 99827-0066	11 - Bairro: Aeroporto	12 - Cidade: Mossoró	13 - Estado: RN
14 - CPF: 59607-540	15 - E-mail: Não Possui	16 - TEL. DDD: (84)	17 - Telefone: (84) 99827-0066	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, que todos os dados no final do preenchimento estão ao meu inteiro e pleno conhecimento, conforme comprovante abaixo (ANEXAR CóPIA).			
20 - RENDIMENTO MENSAL DA FAMILIA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECEBIDO INFIRMAR	R\$1,00 A R\$1,000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM REVENHA	R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - BAÚS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL (OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR))	
<input type="checkbox"/> CONTA INVESTIMENTO (investimento em bens imóveis, renda fixa, ações, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Corrente ou poupança)	Nome do BANCO: Banco Bradesco	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (227)	<input type="checkbox"/> Itaú (361)	AGÊNCIA: 3226	CONTA: 650160
<input type="checkbox"/> Banco de Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Número e digite os zeros.	
Agência: 001	Conta: 650160	Número e digite os zeros.	
Efetuar o depósito no banco. Informar o dia da transferência.			
Autorizo a Seguradora Seider a efetuar a transferência informada, na conta regularizada, o valor da indenização/transferência da Seguro DPVAT e que é de R\$ 1.000,00, mensalmente, à minha residência, no endereço que consta no documento de credito, quando total ou valor recebido.			

22 - DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CERTIFICAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou habilitado a apresentar o laudo de invalidade (Médico Legal (IML) para os fins da revalidação da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinei por mim em específico):

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência, ou
- o IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza procedimentos com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza procedimentos com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima, faço a constatação de que fiz o pedido de revalidação do Seguro DPVAT, pra invalidez permanente, com base no documento de credito, que consta no documento de credito, de que é de R\$ 1.000,00, mensalmente, a validade médica da contas da Seguradora. Clico para verificação da existência e quanto cagão das lesões presentes, que decorrentes do acidente de trânsito, conforme laudo 04/74, art. 30, § 1º, declarando que esta constatação não significa que tenha concordado com a sua permanência definitiva no credito, caso discordar da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE LÍMITES BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: RJ da vítima	<input type="checkbox"/> Seus filhos	<input type="checkbox"/> Casado (m) Civil	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:
25 - Gravida Parentada com filhos:	26 - (Pode de seu complemento):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou herdeiros, informar o nome completo:		
28 - Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos de fato: <input type="checkbox"/> 30 - Vítima deu seu nome: <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar: <input type="checkbox"/> 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim	34 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim		
30 - Mortos: <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Faleceu em: <input type="checkbox"/> 32 - Vítima: <input type="checkbox"/> Vivos	33 - Se tinha irmãos: <input type="checkbox"/> Vivos	34 - Faleceu: <input type="checkbox"/> Vivos	35 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Vivos		
Este é o nome da Seguradora: Herdeiros, não devem se inscrever no Seguro DPVAT por motivo queles beneficiários que os acompanharem e preverem esta condição, de tanto menor, é d. que o mesmo resultado ou verificação pudera gerar e obrigar a resarcir o valor recebido, além da impossibilidade criminal por infração ao artigo 209 do Código Penal.						

35 - Nome legal de quem assina o roteiro pedido

36 - CPF legal de quem assina o roteiro pedido

37 - S/ Assinatura de quem assina o roteiro pedido

38 - Local e Data:

VALDERI TRINDADE

39 - Assinatura da vítima beneficiária (separar)

40 - Assinatura do procurador (separar)

41 - Assinatura do Representante Legal (separar)

05.03.1992/2019

Mossoró - RN 23/09/2019





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA 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)

Bairro: Boa Vista

Logradouro: Rua Manoel Cirilo com a Manoel João

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDERI TRINDADEM (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 26/01/1973

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Aria 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 (SUPÓSTO 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: KD10E0J100984

Número do Chassi: 9C2KD1000JR100824

Ano/Modelo/Fabricação: 2018/2017

Cor: BRANCA

UF: Véículo: 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:

Valderi Trindadém

Envolvimentos:

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

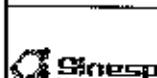
O comunicante declarou que conduzia a sua moto quando o autor do fato o "trancou" na via com o seu carro, vindo a colidir contra a lateral da sua motocicleta, em seguida perdeu o controle, desequilibrou-se e sofreu queda. Que o autor do fato se evadiu do local; Que a sua irmã o encaminhou ao HRTM; Que 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 1890205
Responsável pelo Atendimento

Valderi Trindadém
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins da direito (que sou eu) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e que que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei acima, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Crimínea e 360-Comunicação Falsa do Crime ou de Detração ao Código Penal Brasileiro."





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Recife, (a) Número de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> 0223 (DETALHES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> IMÓVEL
2 - Nº do documento:	022 320 074 - 69	4 - Nome completo da vítima:	Volderi Trindade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FÍSICA DE PESSOAS VÍTIMAS DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSSEB Nº 425/2012

5 - Nome completo:	Volderi Trindade	6 - Endereço:	Rua Alexandre Gomes
7 - Profissão:	Autônomo	12 - Cidade:	Mossoró
11 - Cidade:	Aeroporto	13 - Telefone:	59607 - 540
15 - E-mail:	Não possui.	16 - Celular:	(84) 99827-0066

AVISO DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORES E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		
18 - CPF do Representante Legal:	Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme consta na documentação anexa (ANEXAR CóPIA).		
20 - NÚMERO INICIAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> 0223 INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 ATÉ R\$3.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$3.000,00 ATÉ R\$5.000,00
21 - BANCOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORES)	
<input type="checkbox"/> COOP. POUPOVANTIA (Instituto que substitui o Banco Águia Branca em Mossoró)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (número)	Nome do BANCO: Banco Bradesco	
<input type="checkbox"/> Sistech (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (343)		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (003)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 3226	CONTA: 650360	5	
AGÊNCIA:	AGÊNCIA: 3226	CONTA: 650360	

Informar o digito se exigido. Informar o digito se exigido. Autorizo o Segurador a efetuar o crédito na conta bancária referente à minha titularidade, de minha titularidade, o valor da indenização/benefício do Seguro DPVAT e que é transferido, imediatamente, para a vítima, desde que o pagamento não seja feita a efetivação do crédito, quando total do valor recebido.

72 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE FALDO FIGITAL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Berlardo, sob as penas da lei, que não impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, em vez que: (assinalar uma das opções):

- Não há mal, cíc atende a região (Incidente ou da minha residência); ou
- Não atende a região coincidente com da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região de incidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) dias do pedido.

Pelo que é assinado, salvo o preste esclarecimento da alegada fraude na realização da perícia do Seguro DPVAT em qualquer parte, com base na documentação necessária, documentado, desde já, que me submetterá a avaliação médica 35 (trinta e cinco) dias ao Segurador, quer para verificação da existência e quantificação das lesões patológicas devidentes da ação de incidente, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esse informe não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da perícia, e se dirige ao segurado, caso desse o seu consentimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte:
24 - Cidade de vítima:	25 - Gênero da vítima:	26 - Vítima deixou companionável:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se o nome desse companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não - Se tinha filhos, informar: 29 - Vítima deixou: Sim Não - 30 - Se tinha irmãos, informar: 31 - Vítima: Sim Não - 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim Não - 34 - Vítima: Sim Não - 35 - Vítima: Sim Não - 36 - Vítima: Sim Não - 37 - Vítima: Sim Não - 38 - Vítima: Sim Não - 39 - Vítima: Sim Não - 40 - Vítima: Sim Não - 41 - Vítima: Sim Não - 42 - Vítima: Sim Não - 43 - Vítima: Sim Não - 44 - Vítima: Sim Não - 45 - Vítima: Sim Não - 46 - Vítima: Sim Não - 47 - Vítima: Sim Não - 48 - Vítima: Sim Não - 49 - Vítima: Sim Não - 50 - Vítima: Sim Não - 51 - Vítima: Sim Não - 52 - Vítima: Sim Não - 53 - Vítima: Sim Não - 54 - Vítima: Sim Não - 55 - Vítima: Sim Não - 56 - Vítima: Sim Não - 57 - Vítima: Sim Não - 58 - Vítima: Sim Não - 59 - Vítima: Sim Não - 60 - Vítima: Sim Não - 61 - Vítima: Sim Não - 62 - Vítima: Sim Não - 63 - Vítima: Sim Não - 64 - Vítima: Sim Não - 65 - Vítima: Sim Não - 66 - Vítima: Sim Não - 67 - Vítima: Sim Não - 68 - Vítima: Sim Não - 69 - Vítima: Sim Não - 70 - Vítima: Sim Não - 71 - Vítima: Sim Não - 72 - Vítima: Sim Não - 73 - Vítima: Sim Não - 74 - Vítima: Sim Não - 75 - Vítima: Sim Não - 76 - Vítima: Sim Não - 77 - Vítima: Sim Não - 78 - Vítima: Sim Não - 79 - Vítima: Sim Não - 80 - Vítima: Sim Não - 81 - Vítima: Sim Não - 82 - Vítima: Sim Não - 83 - Vítima: Sim Não - 84 - Vítima: Sim Não - 85 - Vítima: Sim Não - 86 - Vítima: Sim Não - 87 - Vítima: Sim Não - 88 - Vítima: Sim Não - 89 - Vítima: Sim Não - 90 - Vítima: Sim Não - 91 - Vítima: Sim Não - 92 - Vítima: Sim Não - 93 - Vítima: Sim Não - 94 - Vítima: Sim Não - 95 - Vítima: Sim Não - 96 - Vítima: Sim Não - 97 - Vítima: Sim Não - 98 - Vítima: Sim Não - 99 - Vítima: Sim Não - 100 - Vítima: Sim Não - 101 - Vítima: Sim Não - 102 - Vítima: Sim Não - 103 - Vítima: Sim Não - 104 - Vítima: Sim Não - 105 - Vítima: Sim Não - 106 - Vítima: Sim Não - 107 - Vítima: Sim Não - 108 - Vítima: Sim Não - 109 - Vítima: Sim Não - 110 - Vítima: Sim Não - 111 - Vítima: Sim Não - 112 - Vítima: Sim Não - 113 - Vítima: Sim Não - 114 - Vítima: Sim Não - 115 - Vítima: Sim Não - 116 - Vítima: Sim Não - 117 - Vítima: Sim Não - 118 - Vítima: Sim Não - 119 - Vítima: Sim Não - 120 - Vítima: Sim Não - 121 - Vítima: Sim Não - 122 - Vítima: Sim Não - 123 - Vítima: Sim Não - 124 - Vítima: Sim Não - 125 - Vítima: Sim Não - 126 - Vítima: Sim Não - 127 - Vítima: Sim Não - 128 - Vítima: Sim Não - 129 - Vítima: Sim Não - 130 - Vítima: Sim Não - 131 - Vítima: Sim Não - 132 - Vítima: Sim Não - 133 - Vítima: Sim Não - 134 - Vítima: Sim Não - 135 - Vítima: Sim Não - 136 - Vítima: Sim Não - 137 - Vítima: Sim Não - 138 - Vítima: Sim Não - 139 - Vítima: Sim Não - 140 - Vítima: Sim Não - 141 - Vítima: Sim Não - 142 - Vítima: Sim Não - 143 - Vítima: Sim Não - 144 - Vítima: Sim Não - 145 - Vítima: Sim Não - 146 - Vítima: Sim Não - 147 - Vítima: Sim Não - 148 - Vítima: Sim Não - 149 - Vítima: Sim Não - 150 - Vítima: Sim Não - 151 - Vítima: Sim Não - 152 - Vítima: Sim Não - 153 - Vítima: Sim Não - 154 - Vítima: Sim Não - 155 - Vítima: Sim Não - 156 - Vítima: Sim Não - 157 - Vítima: Sim Não - 158 - Vítima: Sim Não - 159 - Vítima: Sim Não - 160 - Vítima: Sim Não - 161 - Vítima: Sim Não - 162 - Vítima: Sim Não - 163 - Vítima: Sim Não - 164 - Vítima: Sim Não - 165 - Vítima: Sim Não - 166 - Vítima: Sim Não - 167 - Vítima: Sim Não - 168 - Vítima: Sim Não - 169 - Vítima: Sim Não - 170 - Vítima: Sim Não - 171 - Vítima: Sim Não - 172 - Vítima: Sim Não - 173 - Vítima: Sim Não - 174 - Vítima: Sim Não - 175 - Vítima: Sim Não - 176 - Vítima: Sim Não - 177 - Vítima: Sim Não - 178 - Vítima: Sim Não - 179 - Vítima: Sim Não - 180 - Vítima: Sim Não - 181 - Vítima: Sim Não - 182 - Vítima: Sim Não - 183 - Vítima: Sim Não - 184 - Vítima: Sim Não - 185 - Vítima: Sim Não - 186 - Vítima: Sim Não - 187 - Vítima: Sim Não - 188 - Vítima: Sim Não - 189 - Vítima: Sim Não - 190 - Vítima: Sim Não - 191 - Vítima: Sim Não - 192 - Vítima: Sim Não - 193 - Vítima: Sim Não - 194 - Vítima: Sim Não - 195 - Vítima: Sim Não - 196 - Vítima: Sim Não - 197 - Vítima: Sim Não - 198 - Vítima: Sim Não - 199 - Vítima: Sim Não - 200 - Vítima: Sim Não - 201 - Vítima: Sim Não - 202 - Vítima: Sim Não - 203 - Vítima: Sim Não - 204 - Vítima: Sim Não - 205 - Vítima: Sim Não - 206 - Vítima: Sim Não - 207 - Vítima: Sim Não - 208 - Vítima: Sim Não - 209 - Vítima: Sim Não - 210 - Vítima: Sim Não - 211 - Vítima: Sim Não - 212 - Vítima: Sim Não - 213 - Vítima: Sim Não - 214 - Vítima: Sim Não - 215 - Vítima: Sim Não - 216 - Vítima: Sim Não - 217 - Vítima: Sim Não - 218 - Vítima: Sim Não - 219 - Vítima: Sim Não - 220 - Vítima: Sim Não - 221 - Vítima: Sim Não - 222 - Vítima: Sim Não - 223 - Vítima: Sim Não - 224 - Vítima: Sim Não - 225 - Vítima: Sim Não - 226 - Vítima: Sim Não - 227 - Vítima: Sim Não - 228 - Vítima: Sim Não - 229 - Vítima: Sim Não - 230 - Vítima: Sim Não - 231 - Vítima: Sim Não - 232 - Vítima: Sim Não - 233 - Vítima: Sim Não - 234 - Vítima: Sim Não - 235 - Vítima: Sim Não - 236 - Vítima: Sim Não - 237 - Vítima: Sim Não - 238 - Vítima: Sim Não - 239 - Vítima: Sim Não - 240 - Vítima: Sim Não - 241 - Vítima: Sim Não - 242 - Vítima: Sim Não - 243 - Vítima: Sim Não - 244 - Vítima: Sim Não - 245 - Vítima: Sim Não - 246 - Vítima: Sim Não - 247 - Vítima: Sim Não - 248 - Vítima: Sim Não - 249 - Vítima: Sim Não - 250 - Vítima: Sim Não - 251 - Vítima: Sim Não - 252 - Vítima: Sim Não - 253 - Vítima: Sim Não - 254 - Vítima: Sim Não - 255 - Vítima: Sim Não - 256 - Vítima: Sim Não - 257 - Vítima: Sim Não - 258 - Vítima: Sim Não - 259 - Vítima: Sim Não - 260 - Vítima: Sim Não - 261 - Vítima: Sim Não - 262 - Vítima: Sim Não - 263 - Vítima: Sim Não - 264 - Vítima: Sim Não - 265 - Vítima: Sim Não - 266 - Vítima: Sim Não - 267 - Vítima: Sim Não - 268 - Vítima: Sim Não - 269 - Vítima: Sim Não - 270 - Vítima: Sim Não - 271 - Vítima: Sim Não - 272 - Vítima: Sim Não - 273 - Vítima: Sim Não - 274 - Vítima: Sim Não - 275 - Vítima: Sim Não - 276 - Vítima: Sim Não - 277 - Vítima: Sim Não - 278 - Vítima: Sim Não - 279 - Vítima: Sim Não - 280 - Vítima: Sim Não - 281 - Vítima: Sim Não - 282 - Vítima: Sim Não - 283 - Vítima: Sim Não - 284 - Vítima: Sim Não - 285 - Vítima: Sim Não - 286 - Vítima: Sim Não - 287 - Vítima: Sim Não - 288 - Vítima: Sim Não - 289 - Vítima: Sim Não - 290 - Vítima: Sim Não - 291 - Vítima: Sim Não - 292 - Vítima: Sim Não - 293 - Vítima: Sim Não - 294 - Vítima: Sim Não - 295 - Vítima: Sim Não - 296 - Vítima: Sim Não - 297 - Vítima: Sim Não - 298 - Vítima: Sim Não - 299 - Vítima: Sim Não - 300 - Vítima: Sim Não - 301 - Vítima: Sim Não - 302 - Vítima: Sim Não - 303 - Vítima: Sim Não - 304 - Vítima: Sim Não - 305 - Vítima: Sim Não - 306 - Vítima: Sim Não - 307 - Vítima: Sim Não - 308 - Vítima: Sim Não - 309 - Vítima: Sim Não - 310 - Vítima: Sim Não - 311 - Vítima: Sim Não - 312 - Vítima: Sim Não - 313 - Vítima: Sim Não - 314 - Vítima: Sim Não - 315 - Vítima: Sim Não - 316 - Vítima: Sim Não - 317 - Vítima: Sim Não - 318 - Vítima: Sim Não - 319 - Vítima: Sim Não - 320 - Vítima: Sim Não - 321 - Vítima: Sim Não - 322 - Vítima: Sim Não - 323 - Vítima: Sim Não - 324 - Vítima: Sim Não - 325 - Vítima: Sim Não - 326 - Vítima: Sim Não - 327 - Vítima: Sim Não - 328 - Vítima: Sim Não - 329 - Vítima: Sim Não - 330 - Vítima: Sim Não - 331 - Vítima: Sim Não - 332 - Vítima: Sim Não - 333 - Vítima: Sim Não - 334 - Vítima: Sim Não - 335 - Vítima: Sim Não - 336 - Vítima: Sim Não - 337 - Vítima: Sim Não - 338 - Vítima: Sim Não - 339 - Vítima: Sim Não - 340 - Vítima: Sim Não - 341 - Vítima: Sim Não - 342 - Vítima: Sim Não - 343 - Vítima: Sim Não - 344 - Vítima: Sim Não - 345 - Vítima: Sim Não - 346 - Vítima: Sim Não - 347 - Vítima: Sim Não - 348 - Vítima: Sim Não - 349 - Vítima: Sim Não - 350 - Vítima: Sim Não - 351 - Vítima: Sim Não - 352 - Vítima: Sim Não - 353 - Vítima: Sim Não - 354 - Vítima: Sim Não - 355 - Vítima: Sim Não - 356 - Vítima: Sim Não - 357 - Vítima: Sim Não - 358 - Vítima: Sim Não - 359 - Vítima: Sim Não - 360 - Vítima: Sim Não - 361 - Vítima: Sim Não - 362 - Vítima: Sim Não - 363 - Vítima: Sim Não - 364 - Vítima: Sim Não - 365 - Vítima: Sim Não - 366 - Vítima: Sim Não - 367 - Vítima: Sim Não - 368 - Vítima: Sim Não - 369 - Vítima: Sim Não - 370 - Vítima: Sim Não - 371 - Vítima: Sim Não - 372 - Vítima: Sim Não - 373 - Vítima: Sim Não - 374 - Vítima: Sim Não - 375 - Vítima: Sim Não - 376 - Vítima: Sim Não - 377 - Vítima: Sim Não - 378 - Vítima: Sim Não - 379 - Vítima: Sim Não - 380 - Vítima: Sim Não - 381 - Vítima: Sim Não - 382 - Vítima: Sim Não - 383 - Vítima: Sim Não - 384 - Vítima: Sim Não - 385 - Vítima: Sim Não - 386 - Vítima: Sim Não - 387 - Vítima: Sim Não - 388 - Vítima: Sim Não - 389 - Vítima: Sim Não - 390 - Vítima: Sim Não - 391 - Vítima: Sim Não - 392 - Vítima: Sim Não - 393 - Vítima: Sim Não - 394 - Vítima: Sim Não - 395 - Vítima: Sim Não - 396 - Vítima: Sim Não - 397 - Vítima: Sim Não - 398 - Vítima: Sim Não - 399 - Vítima: Sim Não - 400 - Vítima: Sim Não - 401 - Vítima: Sim Não - 402 - Vítima: Sim Não - 403 - Vítima: Sim Não - 404 - Vítima: Sim Não - 405 - Vítima: Sim Não - 406 - Vítima: Sim Não - 407 - Vítima: Sim Não -