



# AÇÕES DE CURATELA SOMENTE

## Informação do Interditado

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome

inicial do meio

Sobrenome/Apelido

Endereço atual: (inclusive o nome do asilo de idosos, se for o caso)

\_\_\_\_\_  
(Nome do asilo, se for o caso)

\_\_\_\_\_  
(Endereço)

\_\_\_\_\_  
(Apt, Unidade, No. etc.)

\_\_\_\_\_  
(Cidade/Município)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(CEP)

1. Há necessidade de continuar com a Curatela?  Sim  Não

Se **Não**, explique a razão e as medidas que devem ser tomadas. Protocole os pedidos apropriados se quiser que o Juízo tome tais medidas.

2. Os ativos restantes do espólio são suficientes para prover os cuidados presentes e futuros do interditado?

Sim  Não

Se **Não**, explique a razão e as medidas que devem ser tomadas. Protocole o pedido apropriado se quiser que o Juízo tome alguma medida.

3. Relacione os serviços prestados ao interditado.

4. Mudanças recomendadas (se houver) no Plano de Curatela:

**Em conformidade com o capítulo 190B §5-418 do Código Geral de Massachusetts, o curador precisa prestar contas anualmente**, sendo notificados os herdeiros e sucessores, o interditado (se maior de 14 anos), e os pais e responsáveis que moram com o interditado.

## Todos os Fiduciários

**Eu declaro sob pena de falso testemunho que este é um relatório fiel e completo da administração deste espólio, durante o período mostrado, ambas as datas inclusive, no melhor do meu conhecimento, informação e crença. Estou ciente de que esta prestação de contas está sujeita a auditoria e verificação.**

**Estou ciente da minha obrigação de manter documentos comprovatórios de todos os recibos e desembolsos, inclusive notas fiscais detalhadas dos serviços de qualquer profissional. O Juízo ou qualquer parte interessada podem solicitar cópias a qualquer momento.**

Data \_\_\_\_\_

Advogado do  
Fiduciário:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO  
FIDUCIÁRIO

\_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma

Apenas para fins de referência. 7/11/2022

\_\_\_\_\_  
(Endereço)

\_\_\_\_\_  
(Apt, Unidade, No. etc.)

\_\_\_\_\_  
(Cidade/Município)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(CEP)

Número de telefone \_\_\_\_\_

BBO No.: \_\_\_\_\_



**TRIAL COURT  
TRANSLATION  
COMMITTEE**