

TERMO DE ENCAMINHAMENTO PARA ALEGO

A PESSOA ABAIXO IDENTIFICADA FOI ATENDIDA NESTA DATA, PELO SERVIDOR, INTEGRANTE DO QUADRO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE GOIÁS, QUE DIANTE DO RELATO DO CASO CONSTATOU A NECESSIDADE DE ENCAMINHÁ-LO (A) PARA A UNIDADE ABAIXO DESCRITA:

Endereço: Defensoria Pública Unidade de Atendimento Inicial da Assembleia Legislativa do Estado de Goiás – Palácio Alfredo Nasser – Alameda dos Buritis, 231 – Setor Oeste – CEP: 74115-900 – Tel: (62) 3221-3394

Nome do Atendente: _____ **Data:** _____

Nome: _____ Ação: **RESTAURAÇÃO DE REGISTRO CIVIL**

CÓPIAS NECESSÁRIAS

- (X) CERTIDÃO NEGATIVA DO CARTORIO DE REGISTRO (CÓPIA AUTENTICADA EM CARTÓRIO)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE, CPF e/ou CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CNH)
- (X) COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUAL COM CEP (talão de água ou energia – **de GOIÂNIA**)
- (X) COMPROVANTE DE RENDA – Ultimo Contracheque E Carteira de trabalho (páginas com a foto, identificação, contrato de trabalho e a seguinte anotação da baixa);

CASO NÃO TENHA CONTRACHEQUE É OBRIGATORIO TRAZER DOIS DESTES DOCUMENTOS:

- Carteira de trabalho (páginas com a foto, identificação, contrato de trabalho e a seguinte anotação da baixa);
- Comprovante de recebimento (quando se tratar de autônomo);
- Extrato de Benefício INSS;
- Extrato de conta bancária dos últimos 03 meses;
- 3 ultimas Contas de Energia OU 3 ultimas Conta de Água;
- Cartão de Benefício do Governo (Bolsa Família/Renda cidadã);
- Extrato FGTS e PIS;

- (X) CONSULTA RESTITUIÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA
- (X) CERTIDÃO DE NASCIMENTO(SE TIVER)
- (X) CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU RG DOS FILHOS
- (X) TITULO DE ELEITOR
- (X) BATISTÉRIO
- (X) DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO da mãe, pai ou irmão)

OUTROS DOCUMENTOS PODERÃO SER SOLICITADOS PELO DEFENSOR

- **Preencher no verso desta folha os dados das testemunhas.**

DADOS DO (A) REQUERIDO (INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS):

NOME: _____

CPF/CNPJ: _____ PROFISSÃO: _____ TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

ESTADO CIVIL: CASADO () SOLTEIRO () DIVORCIADO () UNIÃO ESTÁVEL ()

ENDEREÇO CASA: _____

ENDEREÇO TRABALHO: _____

Em atenção à Resolução CSDP 020, DE 29/06/16, o atendimento da DEFENSORIA é EXCLUSIVO a pessoas carentes, ou seja, que comprovem renda mensal até o limite de 03 (três) salários mínimos vigentes.

Rol de testemunhas (art. 450, NCPC):

TESTEMUNHAS – NÃO PODEM SER PARENTES, NEM MENORES DE 18 ANOS DE IDADE.

• Testemunha 01

Nome: _____ Profissão: _____

Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () Divorciado (a) () União Estável () Viúvo(a)

Idade: _____ CPF: _____ RG: _____ Tel: _____

Endereço Residencial/Trabalho:

• Testemunha 02

Nome: _____ Profissão: _____

Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () Divorciado (a) () União Estável () Viúvo(a)

Idade: _____ CPF: _____ RG: _____ Tel: _____

Endereço Residencial/Trabalho:

• Testemunha 03

Nome: _____ Profissão: _____

Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () Divorciado (a) () União Estável () Viúvo(a)

Idade: _____ CPF: _____ RG: _____ Tel: _____

Endereço Residencial/Trabalho:
