

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:** **REVISIONAL DE EMPRÉSTIMOS**

CÓPIAS NECESSÁRIAS)

→ **VERIFICAR SE EXISTE ALGUMA AÇÃO CONTRA O REQUERENTE RELATIVO A ESTA QUESTÃO (Ex: Monitória, Busca e Apreensão, Cobrança etc)**

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE E CPF OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CNH)

(X) COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUAL COM CEP (talão de água ou energia – **de GOIÂNIA**)

(X) COMPROVANTE DE RENDA – Último 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 **2008/2012**

(X) CONTRATO DO EMPRÉSTIMO/FINANCIAMENTO

(X) DOCUMENTOS DA NEGOCIAÇÃO / BOLETO

(X) CALCULOS DO PROCON ou do CONTADOR

(X) HISTÓRICO/EXTRATOS DOS PAGAMENTOS

(X) DOCUMENTOS QUE COMPROVE ALGUM FATO EXTRAORDINÁRIO ou IMPREVISÍVEL (laudos médicos, perda ou mudança de emprego (rescisão contratual), certidão de óbito e comprovantes de despesas)

() Outros: _____

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: _____

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:
