

Ação: **ACÃO DE INTERDIÇÃO (CURATELA)**

Retorno:

A distribuição de senhas é realizada, observada a capacidade de atendimento do turno!!

AO RETORNAR PARA O ATENDIMENTO, TRAZER A CÓPIA DOS DOCUMENTOS ABAIXO:

DOCUMENTOS PESSOAIS DO CURADOR E DO INCAPAZ

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

(X) COMPROVANTE DE ENDEREÇO atualizado, de um dos últimos 2 (dois) meses;

(X) COMPROVANTE DE RENDA PARA ANÁLISE DE NECESSIDADE ECONÔMICA – Último Contracheque E Carteira de Trabalho (páginas com foto, identificação, contrato de trabalho vigente ou baixa e próxima página, ainda que esteja em branco);

CASO NÃO TENHA CONTRACHEQUE TRAZER: Carteira de trabalho (páginas com a foto, identificação, contrato de trabalho e a seguinte anotação da baixa) E PELO MENOS DOIS DESTES DOCUMENTOS:

- Comprovante de recebimento dos valores recebidos pelos serviços prestados como autônomo;
- Extrato de Benefício INSS;
- Extrato de conta bancária dos últimos 06 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;
- Em caso de negatuação em órgão de proteção ao crédito (SPC/SERASA), providenciar o extrato atual da dívida;

(X) CONSULTA À RESTITUIÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA (www.receita.fazenda.gov.br (serviços e informações para pessoa física, IRPF - extrato e restituição, restituição do imposto de renda, consulta restituição/resultado). Obs: CASO DECLARE IMPOSTO DE RENDA, TRAZER A DECLARAÇÃO COMPLETA DOS 2 (dois) ÚLTIMOS EXERCÍCIOS.

OUTROS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

(X) CERTIDÃO DE CASAMENTO ou NASCIMENTO do incapaz

(X) CERTIDÃO DE OBITO de algum genitor que tenha falecido, se for o caso

(X) **ATESTADO ou RELATÓRIO MÉDICO atual com o C.I.D. (Código Internacional de Doença)**

(X) DOCUMENTOS DOS BENS DO INCAPAZ (SE HOUVER: escritura do imóvel, contrato de compra e venda, termo de quitação, contrato de financiamento, extrato das parcelas pagas, documento do veículo)

(X) DECLARAÇÃO DE INTERNAÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA (em caso de solicitação de internação compulsória)

(X) FOTOS do interditando, em caso de pacientes com moléstia/doença grave APARENTE, ou dependentes químicos)

(X) TERMO DE ANUÊNCIA (concordância) do CURADOR e FAMILIARES

OBS: Caso algum dos ascendentes ou descendentes (pais ou filhos) do incapaz não concorde com a curatela, favor providenciar os seguintes dados desta(s) pessoa(s): Nome, Profissão, Estado Civil, Idade, CPF, RG, Endereço Residencial/Trabalho.

OUTROS DOCUMENTOS PODERÃO SER SOLICITADOS PELO DEFENSOR

Em atenção à Resolução CSDP 020, DE 29/06/16, o atendimento da DEFENSORIA é VOLTADO a pessoas carentes, nos termos do referido documento, podendo ser visualizado no seguinte sítio da web:

http://www.dpe.go.gov.br/depego/images/pdf/resolucao_csdp_020_29_06_2016.pdf



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:
