



DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ

INDENIZAÇÃO (danos materiais e/ou morais, inclusive, danos em veículos ou imóveis)

REQUERENTE:

- * Documento de Identidade e/ou Carteira de Trabalho, CPF, comprovante de endereço, número de telefone(s) e comprovante de renda, declaração de Imposto de renda ou isenção;
- * Boletim de ocorrência policial (se houver);
- * Laudo pericial ou atestado médico, em caso de danos físicos ou acidente de trânsito;
- * Outros documentos que possam comprovar o fato ocorrido;
- * Caso seja necessária a realização de serviços, reformas, reparos, aquisição de bens, trazer 03 orçamentos;
- * fotos, documentos que prove os danos;
- * Rol testemunhas;

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):

- * Endereço residencial e/ou profissional;
Relação de documentos;
- * Se o filho tiver 16 e 17 anos, tem que vir junto com o requerente; e se tiver 18 anos deverá requerer pessoalmente.

Salienta-se que durante o atendimento poderão ser solicitados outros documentos necessários para o ajuizamento da ação.

Obs.: Caso alguma prova esteja em celular, pendrive, redes sociais etc, é preciso trazer o documento impresso.

Obs.: Documentos originais ou Cópias Autenticadas.

Dúvidas : 129 Alô Defensoria



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ**

ROL DE TESTEMUNHAS

1. NOME: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ Nº: _____
COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
ENDEREÇO COMERCIAL: _____ Nº: _____
COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
ESTADO CIVIL: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
PROFISSÃO: _____
Nº CPF: _____
Nº RG: _____

2. NOME: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ Nº: _____
COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
ENDEREÇO COMERCIAL: _____ Nº: _____
COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
ESTADO CIVIL: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
PROFISSÃO: _____
Nº CPF: _____
Nº RG: _____

3. NOME: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ Nº: _____
COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
ENDEREÇO COMERCIAL: _____ Nº: _____
COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
ESTADO CIVIL: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
PROFISSÃO: _____
Nº CPF: _____
Nº RG: _____

OBSERVAÇÕES: /// Não podem ser pessoas da família ou menor de idade; Não esqueça de preencher nenhum dos dados acima; Preencher com letra legível; Não e preciso trazer as testemunhas à Defensoria Pública, para dar entrada na ação, somente os dados indicados acima.



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ**

DADOS DA PARTE CONTRÁRIA:

NOME:

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE/ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE:(____) _____

ENDEREÇO COMERCIAL: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE/ESTADO: _____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____

TELEFONE(____) _____/(____) _____