LEVANTAMENTO DA INTERDIÇÃO/CURATELA

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;

* Certidão de nascimento e/ou casamento com a averbação da interdição;

* Atestado médico (validade de 90 dias) legível, indicando que a pessoa não apresenta mais a doença e/ou diagnóstico que a incapacitava estando apta para praticar e exercer com plenitude todos os atos da vida civil;

* Comprovante de rendimentos (comprovante de benefício do INSS, se houver) e cartão do banco;

* Se o interditando possuir bens imóveis, trazer a matrícula do imóvel (pegar no Registro de Imóveis), se bens móveis (ex. Carro, moto) documento de propriedade;

* Rol de testemunhas ou declarantes;

CURADOR (A) – PARTE CONTRÁRIA:

* Nome e endereço residencial e/ou profissional;

DO PROCESSO:

* Cópia da petição inicial, laudo médico da época da interdição, sentença que decretou a interdição;

* Número e senha do processo

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.

ROL DE TESTEMUNHAS

1.NOME:_____
ENDEREÇO RESIDÊNCIAL:_____
Nº:_____ COMPLEMENTO:_____ BAIRRO:_____
CIDADE:_____ESTADO:_____CEP:_____
ESTADO CIVIL:_____
PROFISSÃO:_____
TELEFONE:(___) _____
REDES SOCIAS: _____
E-MAIL: _____

2.NOME:_____
ENDEREÇO RESIDÊNCIAL:_____
Nº:_____ COMPLEMENTO:_____ BAIRRO:_____
CIDADE:_____ESTADO:_____CEP:_____
ESTADO CIVIL:_____
PROFISSÃO:_____
TELEFONE:(___) _____
REDES SOCIAS: _____
E-MAIL: _____

3.NOME:_____
ENDEREÇO RESIDÊNCIAL:_____
Nº:_____ COMPLEMENTO:_____ BAIRRO:_____
CIDADE:_____ESTADO:_____CEP:_____
ESTADO CIVIL:_____
PROFISSÃO:_____
TELEFONE:(___) _____
REDES SOCIAS: _____
E-MAIL: _____

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; somente os dados indicados acima.

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):

_____

ENDEREÇO RESIDENCIAL:_____

_____

COMPLEMENTO:_____BAIRRO:_____

CIDADE/ESTADO:_____CEP:_____

TELEFONE:(____)_____

ENDEREÇO COMERCIAL:_____

_____

COMPLEMENTO:_____BAIRRO:_____

CIDADE/ESTADO:_____ CEP:_____

ESTADO CIVIL:_____PROFISSÃO:_____

TELEFONE(___)_____/(___)_____