

# NÚCLEO JURÍDICO INDIANO SOARES E EQUIPE

## FICHA PARA ATENDIMENTO

### DADOS CADASTRAIS

CLIENTE		
ENDEREÇO: _____		
CPF/MF: _____	RG: _____	SSP/ _____
DT Nasc. _____	Tel. Resid.: _____	Tel. Rec.: _____
E-mail: _____		
REPRESENTANTE LEGAL / DOCUMENTOS PESSOAIS/EM CASO DE REFORMADO POR INVALIDEZ		
NOME: _____		
ENDEREÇO: _____		
CPF/MF: _____	RG: _____	SSP/ _____
DT Nasc. _____	Tel. Resid.: _____	Tel. Rec.: _____
E-mail: _____		
ESTADO CIVIL: _____	PROFISSÃO: _____	

PARTE CONTRÁRIA			
RAZÃO SOCIAL / NOME: _____			
ENDEREÇO: _____			
CPF/CNPJ: _____	RG: _____	SSP/ _____	
<input type="checkbox"/> L.I.N.S.	<input type="checkbox"/> INS. ESTADUAL	<input type="checkbox"/> INSC. MUNICIPAL	Nº.: _____

NATUREZA DA CAUSA			
<b>RELAÇÕES DE AÇÕES</b>			
<input type="checkbox"/> ( ) 4.68			
<input type="checkbox"/> ( ) IMPLEMENTAÇÃO E MODIFICAÇÃO DE LETRA			
<input type="checkbox"/> ( ) AÇÃO DE (DES) PROMOÇÃO ANO 2014			
<input type="checkbox"/> ( ) DIREITO ADQUIRIDO 2012			
<input type="checkbox"/> ( ) TABELA REPRISTINATÓRIA			
<input type="checkbox"/> ( ) OUTROS PROCESSOS			
<input type="checkbox"/> CIVIL	<input type="checkbox"/> CRIMINAL/MILITAR	<input type="checkbox"/> CONSUMIDOR	
OUTRO ESPECIFICAR: _____			
<input type="checkbox"/> JUDICIAL CONTENCIOSO	<input type="checkbox"/> JUDICIAL VOLUNTÁRIO	<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO	
OUTRO ESPECIFICAR: _____			
PROCESSO: <input type="checkbox"/> CONHECIMENTO	<input type="checkbox"/> EXECUÇÃO	<input type="checkbox"/> CONSUMIDOR	
PROCEDIMENTO: <input type="checkbox"/> ORDINÁRIO	<input type="checkbox"/> SUMÁRIO	<input type="checkbox"/> ESPECIAL	
OUTRO ESPECIFICAR: _____			
FEITO Nº.: _____	VARA: _____	OFÍCIO: _____	COMARCA: _____
DATA DA ENTRADA: _____	VALOR DA CAUSA: _____	R\$ _____	

### RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. **Procuração Ad Judicia Assinada ( )**
2. **Declaração Hipossuficiência ( )**
3. **Cópia do Documento funcional; ( )**
4. **Comprovante de Endereço; ( )**
5. **Contracheques - jan à dez/2015 & jan à dez/2019 (13º incluso) ou fornecimento dos dados para acessar o sistema da SECAD/TO** Usuário: \_\_\_\_\_  
Senha: \_\_\_\_\_ ( )
6. **Extrato do Parcelamento (consegue na Folha de Pagamento da PM ou Secad) ( )**
7. **Histórico Funcional ( )**

RELATO DOS FATOS:

Declaro que as informações prestadas são expressões da verdade, responsabilizando-me civil e criminalmente pela integralidade de seu conteúdo.

Assinatura do Cliente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_