



## TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE

### Diretoria do Sistema de Arrecadação e Gestão Fiscal

Rua Pacatuba, 55 - Anexo Administrativo I - Bairro Centro - CEP 49010-080 – Aracaju - SE

Tels: (79) 3226-3436 / 3437

## DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA CADASTRAMENTO

### PARA O REQUERIMENTO DE RESTITUIÇÃO DE CUSTAS PROCESSUAIS E/OU EMOLUMENTOS

1. Guia Original e Comprovante de seu Pagamento;
2. Judicial: Certidão do Diretor(a) de Secretaria / Escrivão informando que a guia não foi utilizada no processo / recurso, salvo quando esta não estiver vinculada a processo;
3. Extrajudicial: Certidão do notário / registrador declarando a inexistência da prática do respectivo ato cartorial;
4. Cópia de documento comprovando o banco, agência e conta corrente para a transferência do valor ressarcido (cheque, cartão, extrato, etc.);
5. Pessoa Física: Cópia do CPF, Cédula de Identidade ou outro documento oficial com foto do(a) requerente e, se for o caso, procuração;
6. Pessoa Jurídica: Cópia do contrato social e procuração;
7. O formulário de requerimento bem como as cópias anexadas deverão estar legíveis e com a documentação necessária, sob pena de indeferimento;
8. Será necessário um formulário para cada guia / emolumento, sendo permitido cumular em um mesmo processo administrativo de ressarcimento mais de um formulário;
9. Não será permitido cumular em um mesmo processo formulários de restituição de custas processuais e emolumentos.

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE****Diretoria do Sistema de Arrecadação e Gestão Fiscal**

Rua Pacatuba, 55 - Anexo Administrativo I - Bairro Centro - CEP 49010-080 – Aracaju - SE

Tels: (79) 3226-3436 / 3437

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO****OBJETIVO DO REQUERIMENTO** RESTITUIÇÃO DE CUSTAS PROCESSUAIS RESTITUIÇÃO DE EMOLUMENTOS**DADOS DA GUIA (PARA REQUERIMENTO DE RESTITUIÇÃO DE CUSTAS OU EMOLUMENTOS)**

Nº DA GUIA:

VALOR DA GUIA:

VALOR DA GUIA POR EXTENSO:

**MOTIVO DO REQUERIMENTO DE RESTITUIÇÃO DE CUSTAS** NÃO AJUIZAMENTO DA DEMANDA OU NÃO INTERPOSIÇÃO DE RECURSO PAGAMENTO EM DUPLICIDADE OU A MAIOR USUÁRIO ISENTO INEXISTÊNCIA DA PRÁTICA DE ATO JUNTO A CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL**DADOS DO(A) REQUERENTE**

NOME OU RAZÃO SOCIAL:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

COMPLEMENTO:

CIDADE:

UF:

CEP:

E-MAIL:

TELEFONE:

CNPJ/CPF:

INSCRIÇÃO ESTADUAL/ MUNICIPAL:

**DADOS BANCÁRIOS**

CÓDIGO DO BANCO:

CÓDIGO DA AGÊNCIA:

Nº DA CONTA COM DÍGITO:

CÓD. TIPO OPERAÇÃO:

**DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL OU SIGNATÁRIO(A)**

NOME:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

COMPLEMENTO:

CIDADE:

UF:

CEP:

CPF:

RG:

TELEFONE:

LOCAL E DATA:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO(A) REQUERENTE