



**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
REGISTRO DE EMISSÃO DE CERTIFICADO DIGITAL DE ADVOGADOS**

Nome :

RG : Órgão Expedidor : Defensor Público*

CPF : Data de Nasc.: / /

OAB Nº : Letra** UF: Telefone:

Usuário: (Não Preencher)

Nº de Série do Certificado: (Não Preencher)

Data de Emissão do Certificado: / / (Não Preencher)

Data de Validade do Certificado: / / (Não Preencher)

Logradouro:

Nº Complemento:

Bairro: Estado:

Cidade: CEP:

E-mail:

OBRIGAÇÕES DO TITULAR DO CERTIFICADO DIGITAL

- Fornecer de modo completo e preciso, todas as informações necessárias para sua identificação;
- ✓ Garantir a proteção e sigilo de suas chaves privadas, senhas e dispositivos criptografados;
 - ✓ Utilizar os seus certificados e suas respectivas chaves privadas de modo apropriado;
 - ✓ Informar aos Administradores do sistema E-Jus, qualquer comprometimento de sua chave privada e solicitar a imediata revogação do certificado correspondente.

DECLARAÇÃO

Declaro que estou de acordo com os termos da Lei nº 11.419 de 19 de Novembro de 2006 pelo que faço a adesão ao e-jus Processo Judicial Eletrônico, considerando-o válido para produzir efeitos legais.

Declaro que recebi, sob sigilo, minha chave privada, de uso pessoal, intransferível e confidencial, não podendo ser revelada a quem quer que seja, nem exposta em local que terceiros tenham acesso, devendo entrar em contato imediato com a administração do sistema E-Jus em caso de quebra deste sigilo.

João Pessoa, PB ____/____/____

Assinatura do Emissor do Certificado
Dúvidas: **3216.1439** ou **3208.2652**

Assinatura do Receptor do Certificado
Advogado Cadastrado

* No item Defensoria pública marca somente quem é defensor.

** No item OAB, no campo **LETRA**, preencher somente as que tem a mesma, junto ao seu número.