DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ

RECONHECIMENTO E DISSOLUÇÃO DA UNIÃO ESTÁVEL POS MORTEM

REQUERENTE:
Documento de Identidade e/ou Carteira de Trabalho, CPF, comprovante de endereço, número de telefone(s), comprovante de renda, declaração do imposto de renda ou de isenção;
Rol de testemunhas e/ou de declarantes (3 a 4 pessoas, no máximo, para serem ouvidas em juízo. Não precisam vir no dia do atendimento);

FALECIDO:
Documento de Identidade e/ou Carteira de Trabalho, CPF, comprovante de endereço;
Certidão de óbito;

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA - HERDEIROS):
Nome e endereço dos herdeiros do falecido;
Nome e endereço do cônjuge, se houver;

DOS DEMAIS DOCUMENTOS:
Mensagens, fotografias, comprovante de residência demonstrando o mesmo endereço, ou outros documentos que comprovem a convivência conjugal na mesma casa;
Certidão de nascimento ou casamentos do(s) filho(s) do casal, se houver;

DOS BENS ADQUIRIDOS E OBJETOS DE PARTILHA:
Documento de propriedade ou número da PLACA DO VEÍCULO/MOTO;
Matrícula do registro do imóvel, escritura ou contrato de compra e venda ou documento de doação;
Relacionar o valor dos bens a serem partilhados;
Relacionar as dívidas e trazer os comprovantes

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.
Documentos originais ou Cópias Autenticadas.

Outras informações e esclarecimentos: Alô Defensoria (número 129)

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(___)_____/(___)_____

DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ

RELAÇÃO DOS BENS (MÓVEIS E IMÓVEIS) ADQUIRIDOS DURANTE A UNIÃO ESTAVÉL

OBS: INFORMAR O VALOR DOS BENS, PLACAS DE MOTOS E VEÍCULOS, ENDEREÇOS DOS IMÓVEIS E TRAZER OS DOCUMENTOS DE PROPRIEDADE OU OUTROS QUE COMPROVEM A POSSE

1._____

2._____

3._____

4._____

5._____

6._____

7._____

8._____

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 é preciso trazer as testemunhas à Defensoria Pública para dar entrada na ação.

DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ

ROL DE DECLARANTES

1.NOME:_____
ENDEREÇO RESIDENCIAL:_____
Nº:_____ COMPLEMENTO:_____ BAIRRO:_____
CIDADE:_____ESTADO:_____CEP:_____
ENDEREÇO COMERCIAL: _____
Nº:_____ COMPLEMENTO:_____ BAIRRO:_____
CIDADE:_____ESTADO:_____CEP:_____
ESTADO CIVIL:_____IDADE:_____
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:_____IDADE:_____
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:_____IDADE:_____
PROFISSÃO:_____
Nº CPF:_____
Nº RG:_____

OBSERVAÇÕES:
/// Não podem ser menor de 18 anos ou incapaz;
Não esqueça de preencher nenhum dos dados acima;
Preencher os dados com pessoas da família a serem ouvidos em juízo, com letra legível;
Não é preciso trazer as testemunhas à Defensoria Pública para dar entrada na ação.