



DEFENSORIA PÚBLICA GERAL  
DO ESTADO DO CEARÁ

**ALIMENTOS GRAVÍDICOS**

**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;  
Certidão de casamento ou declaração de união estável, caso tenha;  
Número da conta e da agência ou cartão bancário (ou cópia) para depósito de pensão alimentícia, se tiver conta;  
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);;

**REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):**

Nome e endereço residencial e/ou profissional;  
Documentos que comprovem ou indiquem a profissão e a possibilidade da parte contrária em pagar a pensão (Carteira de Trabalho, contracheque, INSS, facebook e fotos etc.)

**DA GRAVIDEZ;**

Documentos que comprovem a gravidez;  
Comprovantes e/ou relação das despesas com a gravidez;  
Documentos que comprovem a convivência (foto, escritos, contrato, cópia de extrato bancários, apólice de seguro de vida, seguro, saúde, imposto de renda, conversas em redes sociais, especialmente, as que o requerido assume ser o pai da criança, etc.)

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**(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**RELAÇÃO DAS DEPESAS**

Alimentação, higiene e gás	R\$
Colégio	R\$
Saúde e Farmácia	R\$
Água	R\$
Luz	R\$
Aluguel	R\$
Vestuário e Calçado	R\$
Transporte	R\$
Lazer	R\$
Outros	R\$
<b>Total</b>	<b>R\$</b>
<b>Obs.: Trazer comprovantes</b>	



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 os dados 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 os declarantes à Defensoria Pública, para dar entrada na ação.