



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\$
Total	R\$
Obs.: Trazer comprovantes	



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.