



DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
do ESTADO do CEARÁ

EXONERAÇÃO DE ALIMENTOS

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);

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):

Nome e endereço residencial e/ou profissional do(s) filho(s);

DO FILHO:

Certidão de Nascimento, Rg e /ou certidão de casamento do(s) filho(s) do qual quer ser exonerado do pagamento;
Caso possua, trazer provas da independência financeira do(a) filho(a), conclusão de curso, trabalho, etc;

DO PROCESSO:

Cópia da petição inicial, termo de audiência e/ou acordo e/ou sentença que fixou ou homologou o valor dos alimentos;
Número e senha do processo

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

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.



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.