



DEFENSORIA PÚBLICA GERAL  
DO ESTADO DO CEARÁ

### **OFERTA 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;  
Certidão de casamento ou declaração de união estável;  
Certidão de Nascimento do(s) do(s) filho(s);  
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;  
Número da conta e da agência ou cartão bancário (ou cópia) para depósito de pensão alimentícia, se tiver conta;

#### **DAS DESPESAS:**

Comprovantes e relação das despesas próprias (contrato ou recibo de aluguel, dívidas, mensalidade de cursos, comprovantes de doenças e medicamentos de uso contínuo, certidão de nascimento de outros filhos, decisões que comprovam o pagamento de outras pensões);

Documentos que comprovem ou indiquem a profissão e a possibilidade da parte contrária em assumir obrigação maior nas despesas com o(s) filho(s) como carteira de trabalho, contracheque, facebook etc - trazer impresso.

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

**REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):**

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE/ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMERCIAL: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE/ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

TELEFONE(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_/(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**RELAÇÃO DE DESPESAS**

<b>Alimentação, higiene e gás</b>	<b>R\$</b>
<b>Colégio</b>	<b>R\$</b>
<b>Saúde e Farmácia</b>	<b>R\$</b>
<b>Água</b>	<b>R\$</b>
<b>Luz</b>	<b>R\$</b>
<b>Aluguel</b>	<b>R\$</b>
<b>Vestuário e Calçado</b>	<b>R\$</b>
<b>Transporte</b>	<b>R\$</b>
<b>Lazer</b>	<b>R\$</b>
<b>Outros</b>	<b>R\$</b>
<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 com letra legível;

Não é preciso trazer as testemunhas à Defensoria Pública, para dar entrada na ação, somente os dados indicados acima.



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, somente os dados indicados acima.