



DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ

AÇÃO REVISIONAL DE ALIMENTOS (REDUÇÃO)

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, se houver;
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):

Endereço residencial e/ou profissional;

DO FILHO;

Certidão de nascimento do(s) do(s) filho(s);
Documentos que comprovem a impossibilidade do requerente de pagar o valor anteriormente fixado (certidão casamento e de nascimento de outros filhos, comprovantes de despesas com aluguel, tratamento médico, novas pensões alimentícias, dívidas, inscrição do nome no SPC, trazer provas de que a outra parte tem boas condições financeiras, como prints impressos de facebook, fotos, se for o caso etc) Certidão de nascimento do(s) do(s) filho(s);

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

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

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\$
<u>Obs.: Trazer comprovantes</u>	



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.