

ALIMENTOS GRAVÍDICOS

REQUERENTE:

* Documento de Identidade e/ou Carteira de Trabalho, CPF, comprovante de endereço, número de telefone(s) e comprovante de renda, declaração de imposto de renda ou 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 declarantes;

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.

Obs.: Documentos originais ou Cópias Autenticadas.

Dúvidas : 129 Alô Defensoria



DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ

Núcleo de Atendimento e Petição Inicial

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE/ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE:(____) _____

ENDEREÇO COMERCIAL: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE/ESTADO: _____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____

TELEFONE(____) _____ / (____) _____



DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ
Núcleo de Atendimento e Petição Inicial

RELACAO 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>	

ROL DE TESTEMUNHAS

1. NOME: _____
ENDEREÇO RESIDÊNCIAL: _____
N°: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
ESTADO CIVIL: _____
PROFISSÃO: _____
TELEFONE: (____) _____
REDES SOCIAIS: _____
E-MAIL: _____

2. NOME: _____
ENDEREÇO RESIDÊNCIAL: _____
N°: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
ESTADO CIVIL: _____
PROFISSÃO: _____
TELEFONE: (____) _____
REDES SOCIAIS: _____
E-MAIL: _____

3. NOME: _____
ENDEREÇO RESIDÊNCIAL: _____
N°: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
ESTADO CIVIL: _____
PROFISSÃO: _____
TELEFONE: (____) _____
REDES SOCIAIS: _____
E-MAIL: _____

OBSERVAÇÕES:
///Não podem ser pessoas da família ou menor de idade;

Não esqueça de preencher nenhum dos dados acima;

Preencher com letra legível;

Não e preciso trazer as testemunhas à Defensoria Pública; somente os dados indicados acima.