

EXONERAÇÃO DE ALIMENTOS

REQUERENTE

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

* Rol de testemunhas e declarantes;

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 filho, 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.

Obs.: Documentos originais ou Cópias Autenticadas.

Dúvidas : 129 Alô Defensoria



DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ

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

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
Núcleo de Atendimento e Petição Inicial

ROL DE TESTEMUNHAS

1. NOME: _____
ENDEREÇO RESIDÊNCIAL: _____
Nº: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
ESTADO CIVIL: _____
PROFISSÃO: _____
TELEFONE: (____) _____
REDES SOCIAIS: _____
E-MAIL: _____

2. NOME: _____
ENDEREÇO RESIDÊNCIAL: _____
Nº: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
ESTADO CIVIL: _____
PROFISSÃO: _____
TELEFONE: (____) _____
REDES SOCIAIS: _____
E-MAIL: _____

3. NOME: _____
ENDEREÇO RESIDÊNCIAL: _____
Nº: _____ 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 é preciso trazer as testemunhas à Defensoria Pública; somente os dados