

INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE

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;
- * Número da conta e da agência ou cartão bancário para depósito de pensão alimentícia (ou cópia), se tiver conta;
- * Rol de testemunhas e declarantes;

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):

- * Nome e endereço residencial e/ou profissional;

DO FILHO:

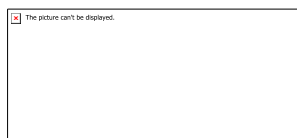
- * Certidão de nascimento;
- * Carteira de vacinação se constar o nome do pai da criança, se houver;
- * Cartas, bilhetes, fotos que possam provar o relacionamento, se houver;
- * Certidão de Batismo onde conste o nome do pai do filho, se houver;
- * Exame de DNA, se houver;
- * Comprovantes e relação das despesas do(s) filho(s) menor ou estudante (notas de supermercado, contrato ou recibo de locação, comprovantes de doenças, receitas ou notas de remédios, boleto de mensalidade escolar e de atividades esportivas ou cursos, certidão de nascimento de outros filhos, mesmo que sejam de outro pai);
- * Se o filho tiver 16 e 17 anos, tem que vir junto com o requerente;
- * Se o filho tiver 18 anos completo, ele que tem que entrar com o 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



Núcleo de Atendimento e Petição Inicial

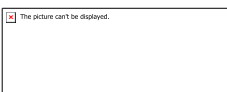
REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE/ESTADO: _____ CEP: _____
TELEFONE:(____) _____

ENDEREÇO COMERCIAL: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE/ESTADO: _____ CEP: _____
ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
TELEFONE(____) _____ / (____) _____



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 SOCIAS: _____
E-MAIL: _____

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

3. NOME: _____
ENDEREÇO RESIDÊNCIAL: _____
Nº: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
ESTADO CIVIL: _____
PROFISSÃO: _____
TELEFONE: (____) _____
REDES SOCIAS: _____
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.**