

INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE PÓS MORTEM

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) e/ou pais do falecido (parente mais próximo);

DO FALECIDO:

* RG, CPF, certidão de nascimento e/ou casamento e/ou declaração de união de estável, Certidão de óbito;

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;

* 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



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

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.