

OFERTA DE ALIMENTOS

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;

* Certidão de Nascimento do(s) do(s) filho(s);

* Rol de testemunhas e declarantes;

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):

* Nome e endereço residencial e/ou profissional;

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

DAS DESPESAS:

* Comprovantes e relação das despesas próprias (contrato ou recibo de aluguel, dívidas, mensalidade de cursos, comprovantes de doenças e medicamentos de uso contínuo, certidão de nascimento de outros filhos, decisões que comprovam o pagamento de outras pensões);

* Documentos que comprovem ou indiquem a profissão e a possibilidade da parte contrária em assumir obrigação maior nas despesas com o(s) filho(s) como carteira de trabalho, contracheque, facebook etc - trazer impresso.

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

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\$
Obs.: Trazer comprovantes	



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