

ACÇÃO REVISIONAL DE ALIMENTOS (REDUÇÃO)

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;

* Certidão de casamento e/ou declaração de união estável;

* Rol de testemunhas e declarantes;

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):

* Endereço residencial e/ou profissional;

DO FILHO:

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

* Documentos que comprovem a impossibilidade do requerente de pagar o valor anteriormente fixado (certidão casamento e de nascimento de outros filhos, comprovantes de despesas com aluguel, tratamento médico, novas pensões alimentícias, dívidas, inscrição do nome no SPC, trazer provas de que a outra parte tem boas condições financeiras, como prints impressos de facebook, fotos, se for o caso 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

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\$
<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 é preciso trazer as testemunhas à Defensoria Pública;