AÇÃO DE ALIMENTOS AVOENGOS(alimentos pedidos aos avós)

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 cópia do cartão bancário para depósito de pensão alimentícia, se tiver conta;
* Rol de testemunhas e declarantes;

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA) - AVÓS PATERNOS E MATERNOS:
* Nome e endereço residencial e/ou profissional da parte contrária;
* Documentos que comprovem ou indiquem a profissão e a possibilidade da parte contrária em pagar a pensão (Carteira de Trabalho, contracheque, INSS etc., facebook - trazer impresso);
* Documentos que comprovem a impossibilidade do pai em pagar os alimentos (ex. Boletim de ocorrência alegando estar em local desconhecido, decisões judiciais, certidão carcerária, caso esteja preso);

DO FILHO:
* Certidão de nascimento do(s) filho(s), inclusive, dos filhos que não são da pessoa contra quem se pede os alimentos, para fins de comprovar despesas;
* Comprovantes e relação das despesas do(s) filho(s) como 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 etc;
* Comprovação/Declaração de matrícula escolar, se for o caso;
* Cópia da sentença que fixou a pensão alimentícia, se houver;
* Se o filho tiver 16 e 17 anos, tem que vir junto com o requerente;
* Se o filho tiver completado 18 anos, ele que tem que requerer a pensão.

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.

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):

_____

ENDEREÇO RESIDENCIAL:_____

_____

COMPLEMENTO:_____BAIRRO:_____

CIDADE/ESTADO:_____CEP:_____

TELEFONE:(____)_____

ENDEREÇO COMERCIAL:_____

_____

COMPLEMENTO:_____BAIRRO:_____

CIDADE/ESTADO:_____ CEP:_____

ESTADO CIVIL:_____PROFISSÃO:_____

TELEFONE(___)_____/(___)_____

RELAÇAO 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	

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.