AÇÃO 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 e/ou declaração de união estável, se houver;

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

* Rol de testemunhas e declarantes;

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):
*Nome e endereço residencial e profissional;

*Documentos que comprovem ou indiquem a profissão e a possibilidade do réu pagar a pensão (carteira de trabalho, contracheque, facebook - trazer impresso etc.);

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, cursos etc;

*Comprovação/Declaração de matrícula escolar, se for o caso;

<u>Se o filho tiver 16 e 17 anos, tem que vir junto com o requerente;</u>

*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.