INVESTIGAÇÃO DE MATERNIDADE

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;

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

* Rol de testemunhas e declarantes;

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):

* Nome e endereço residencial e/ou profissional;

DO FILHO:
* Certidão de nascimento;

* Carteira de vacinação se constar o nome da mãe da criança, se houver;

* Cartas, bilhetes, fotos que possam provar o relacionamento, se houver;

* Certidão de Batismo onde conste o nome do mãe do filho, se houver;

* Exame de DNA, se houver;

* Comprovantes e relação das despesas do(s) filho(s) menor ou estudante (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, certidão de nascimento de outros filhos);

* Se o filho tiver 16 e 17 anos, tem que vir junto com o requerente;

* Se o filho tiver 18 anos completos, 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

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):

_____

ENDEREÇO RESIDENCIAL:_____

_____

COMPLEMENTO:_____**BAIRRO**:_____

CIDADE/ESTADO:_____**CEP:**_____

TELEFONE:(____)_____

ENDEREÇO COMERCIAL:_____

_____

COMPLEMENTO:_____**BAIRRO**:_____

CIDADE/ESTADO:_____ **CEP**:_____

ESTADO CIVIL:_____**PROFISSÃO**:_____

TELEFONE(___)_____/(___)_____

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.