



DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ

Núcleo de Atendimento e Petição Inicial

AÇÃO REVISIONAL DE ALIMENTOS (MAJORAÇÃO)

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 nascimento / casamento e/ou declaração de união estável;
- * Rol de testemunhas e declarantes;

REQUERIDO (PARTE CONTRÁRIA):

- *Endereço residencial e/ou profissional;
- * Documentos que comprovem ou indiquem a profissão e a possibilidade do réu pagar a pensão (Carteira de Trabalho, contracheque, facebook etc.);

DO FILHO;

- * Certidão de nascimento do(s) do(s) filho(s);
- * Comprovantes e relação das despesas do(s) filho(s) (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.);
- * Prova das boas condições financeiras do genitor que está com a criança, caso tenha;
- * 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;

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\$
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 é preciso trazer as testemunhas à Defensoria Pública; somente os dados indicados acima.