



## **AÇÃO DE ALIMENTOS AVOENGOS**

### **INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS**

Tudo deve ser encaminhado via e-mail: [centraldealimentos.dpeac@gmail.com](mailto:centraldealimentos.dpeac@gmail.com)

#### **1.DADOS DA CRIANÇA:**

Nome completo:

Idade:

- ❖ A criança já estuda?
- ❖ Série:
- ❖ Escola pública ou particular? Valor:
- ❖ O lanche é gratuito ou pago? Valor:
- ❖ A criança tem alguma enfermidade?
- ❖ Qual?
  - ❖ Possui laudo médico? (se sim, enviá-lo)
- ❖ Necessita de algum tratamento específico?
- ❖ Qual?
- ❖ Tem gastos com o tratamento?
- ❖ Qual o valor?

## 2. DADOS DO REPRESENTANTE / ASSISTENTE DA CRIANÇA:

(Exemplo: Mãe, Guardião)

Nome completo:

Estado civil:

Profissão/atividade:

Endereço completo:

Rua:

Número:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Complemento:

E-mail:

Telefone: DDD ( ) número:

❖ Existe sentença fixando pensão alimentícia ao genitor?

Se sim, enviar a sentença junto com os demais documentos.

❖ Por que o genitor não está pagando os alimentos?

❖ Por qual motivo está solicitando os alimentos para os avós?

❖ Qual o parentesco do (a) responsável com o (a) menor?

❖ Existe guarda judicial definida?

❖ Qual a renda do (a) responsável, se este trabalha ou se possui emprego fixo:

Realiza “bicos” para complementar a renda?

❖ A casa em que reside é própria, alugada ou cedida?

Alugada (apresentar o recibo) / Valor:

❖ Quantas pessoas residem na mesma casa, além do menor?

❖ E quantas trabalham?

❖ Quais trabalham?

❖ Somando a renda de todos, qual a renda familiar?

❖ Caso não possua trabalho/atividade, recebe algum benefício, auxílio do governo ou ajuda de familiares?

❖ Qual tipo de auxílio?

❖ Qual tipo de ajuda?

❖ Qual o valor do auxílio recebido pelo governo?

❖ Recebe alguma ajuda dos avós (maternos e paternos)?

❖ Qual tipo de ajuda (especifique)?

Tem alguma prova das redes sociais (fotos ou prints do Facebook, Instagram, WhatsApp) das condições financeiras de quem pagará os alimentos?

Se sim, enviar junto com os outros documentos listados abaixo.

❖ Qual o valor (em reais) da pensão o(a) requerente deseja receber?

❖ Deseja realizar audiência de conciliação?

**OBS: Com relação a audiência de conciliação é sempre melhor nesta época de pandemia, pois torna o processo mais rápido.**

Forma de recebimento da pensão: Recibo ( )      Conta Bancária: ( )

Banco:

Número da conta:

Agência:

Conta: ( ) corrente ( ) poupança

**OBS: Neste período, a melhor opção é pelo depósito em conta bancária ou transferência, pois assim há mais alternativas de pagamento e evitará desgastes.**

### **3. DADOS DOS AVÓS MATERNOS (Maternos e Paternos):**

#### **AVÓ MATERNA:**

Nome completo:

Estado civil:Profissão/atividade:

Endereço completo:

Rua:

Número:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Complemento:

E-mail:

Telefone: DDD ( ) número:

❖Trabalha de carteira assinada, é funcionário público ou exerce outro tipo de trabalho?

❖Se sim, quanto ganha aproximadamente?

❖Informar o nome e endereço completo do local de trabalho, se houver:

❖Possui algum benefício do INSS (ex. aposentadoria)? Qual?

**AVÔ MATERNO:**

Nome completo:

Estado civil:Profissão/atividade:

Endereço completo:

Rua:

Número:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Complemento:

E-mail:

Telefone: DDD ( ) número:

❖Trabalha de carteira assinada, é funcionário público ou exerce outro tipo de trabalho?

❖Se sim, quanto ganha aproximadamente?

❖Informar o nome e endereço completo do local de trabalho, se houver:

❖Possui algum benefício do INSS (ex. aposentadoria)? Qual?

**AVÓ PATERNA:**

Nome completo:

Estado civil:Profissão/atividade:

Endereço completo:

Rua:

Número:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Complemento:

E-mail:

Telefone: DDD ( ) número:

❖Trabalha de carteira assinada, é funcionário público ou exerce outro tipo de trabalho?

❖Se sim, quanto ganha aproximadamente?

❖Informar o nome e endereço completo do local de trabalho, se houver:

❖Possui algum benefício do INSS (ex. aposentadoria)? Qual?

**AVÔ PATERNO:**

Nome completo:

Estado civil:Profissão/atividade:

Endereço completo:

Rua:

Número:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Complemento:

E-mail:

Telefone: DDD ( ) número:

❖Trabalha de carteira assinada, é funcionário público ou exerce outro tipo de trabalho?

❖Se sim, quanto ganha aproximadamente?

❖Informar o nome e endereço completo do local de trabalho, se houver:

❖Possui algum benefício do INSS (ex. aposentadoria)? Qual?

## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS QUE DEVEM SER ENVIADOS:**

- ❖ **Se existir algum avô/avó falecido (a) apresentar a certidão de óbito;**
- ❖ **Se o genitor da criança ou adolescente for falecido juntar a certidão de óbito;**
- ❖ Documentos pessoais do requerente, caso seja menor, de seu representante legal (RG e CPF ou carteira de motorista);
- ❖ Comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone);
- ❖ Comprovante de renda (contracheque ou carteira de trabalho);
- ❖ Certidão de nascimento do requerente;
- ❖ Nome e endereço completo dos avós;
- ❖ Comprovante de despesas;
- ❖ Lista com o nome e endereço de 03 testemunhas que comprovem a situação do(a) requerente ou do réu(não podem ser da família);
- ❖ **Declaração de Hipossuficiência assinada (assinatura escrita), em anexo, (imprimir, preencher, assinar a punho e por extenso, e enviar).**
- ❖ **Caso deseje imprimir pelo site da Defensoria, acesse o link:**  
<https://www.defensoria.ac.def.br/pages/3089>
- ❖ **OBS: A partir dos 16 anos, o jovem também deve assinar a declaração de hipossuficiência,**



**TESTEMUNHAS:**

Nome completo:

Endereço completo:

Rua:

Número:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Complemento:

E-mail:

Telefone: DDD ( ) número:

**INFORME ABAIXO OS GASTOS APROXIMADOS E MENSAIS QUE O(A)  
REQUERENTE TEM:**

**OBS:** Caso não tenha comprovantes de gastos, passe a guardá-los, pois serão necessários para juntar antes da audiência.

Acrescente mais gastos além dos exemplos, caso possua:

**continua**

<b>MÉDIA DE GASTO MENSAL</b>	
MERCADO / ALIMENTAÇÃO	Aproximadamente: R\$
VESTIMENTAS (roupas, calçados).	Aproximadamente: R\$
MATERIAL ESCOLAR (papelaria)	Aproximadamente: R\$
LANCHE ESCOLAR	Aproximadamente: R\$
FARDAMENTO ESCOLAR	Aproximadamente: R\$
LAZER	Aproximadamente: R\$
HIGIENE PESSOAL (sabonetes,shampoos, lavandas, fraldas).	Aproximadamente: R\$
ENERGIA	Aproximadamente: R\$
ÁGUA	Aproximadamente: R\$
MEDICAMENTOS REDE PARTICULAR	Aproximadamente: R\$
GÁS	Aproximadamente: R\$
	Aproximadamente: R\$
	Aproximadamente: R\$
	Aproximadamente: R\$
	Aproximadamente: R\$
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>R\$</b>

Av. Antônio da Rocha Viana, 3057 - Santa Quitéria, Rio Branco - AC, 69918-700  
Fones: 3223-0745 / 3215-4185