



DESARQUIVAMENTO COM DESCONTO EM FOLHA

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS

Tudo deve ser encaminhado via e-mail: centraldealimentos.dpeac@gmail.com

1. DADOS DO (A) REQUERENTE:

Nome completo:

Idade:

2. DADOS DO(A) RESPONSÁVEL DO (A) REQUERENTE:

Nome completo:

Estado civil:

Profissão/atividade:

Endereço completo:

Rua:

Número:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Complemento:

E-mail:

Telefone: DDD () número:

3. DADOS DE QUEM É O DETENTOR DA OBRIGAÇÃO ALIMENTAR:

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?

Nome completo do local de trabalho:

Rua:

Número:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Complemento:

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS QUE DEVEM SER ENVIADOS:

- ❖ **O acordo de alimentos com a homologação ou a sentença na qual fixou o valor da pensão alimentícia;**
- ❖ Carteira de Identidade e CPF do (a) responsável do (a) menor;
- ❖ Comprovante de renda (carteira de trabalho, cópia do contracheque, benefício do INSS, declaração de isento do IR ou declaração de IR);
- ❖ Comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone);
- ❖ Certidão de Nascimento do(s) menor(es) e RG (caso já possua);
- ❖ Conta bancária para que haja o depósito (anexar foto do cartão/extrato);
- ❖ **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.