



QUESTIONÁRIO INICIAL AÇÃO REVISIONAL DE ALIMENTOS PROPOSTA PELO(S) FILHO(S) EM FACE DO GENITOR QUE PRESTA ALIMENTOS – PEDINDO PARA AUMENTAR

- Não pode faltar cópia da sentença do processo que fixou a pensão alimentícia. Caso tenha sido acordo, atentar para estar a cópia do acordo e a sentença homologatória.

1) NÚMERO DO PROCESSO EM QUE FOI FIXADA A PENSÃO ALIMENTÍCIA:

2) QUAL O VALOR ATUAL DA PENSÃO ALIMENTÍCIA?

3) FOI FIXADA QUANDO? _____

PERGUNTAS SOBRE A CONDIÇÃO ECONÔMICA DO RÉU:

4) DESDE A FIXAÇÃO DA PENSÃO ALIMENTÍCIA, HOUVE ALGUMA MELHORA NA SITUAÇÃO FINANCEIRA DO RÉU?

() SIM.

() NÃO

4.1) SE A RESPOSTA ANTERIOR FOR SIM, ESCLAREÇA RESUMIDAMENTE EM QUE CONSTITUIU ESSA MELHORA NA CONDIÇÃO FINANCEIRA?

5) O RÉU TRABALHA COM VÍNCULO FORMAL (CARTEIRA ASSINADA)?

() SIM

() NÃO

6) CASO ESTEJA DESEMPREGADO, TRABALHA INFORMALMENTE (FAZ BICOS)?

() SIM

() NÃO

7) QUAL A RENDA MENSAL MÉDIA ESTIMADA DO REQUERIDO?
R\$ _____

8) QUAL O ESTADO CIVIL DO RÉU?

() SOLTEIRO

() CASADO

() UNIÃO ESTÁVEL

() VIÚVO

() DIVORCIADO

9) SE CASADO OU EM UNIÃO ESTÁVEL, CÔNJUGE/COMPANHEIRO TEM RENDA?

() SIM



() NÃO

10) O RÉU RESIDE EM CASA PRÓPRIA?

- () SIM
() NÃO

10.1) SE NÃO, PAGA ALUGUEL?

- () SIM
() NÃO

11) SABE COM QUEM RESIDE?

- () SOZINHO
() COM OS PAIS
() OUTROS PARENTES
() NÃO SABE

12) SE MORA COM OS PAIS, ALGUM É DOENTE?

- () SIM. EXPLIQUE: _____
() NÃO

13) O REQUERIDO POSSUI OUTROS FILHOS?

- () SIM.
() NÃO

13.1) SE SIM, QUANTOS MENORES? _____

13.2) SE SIM, PAGA PENSÃO PARA ELES?

- () SIM. DE QUANTO? _____
() NÃO

14) PRETENDE PEDIR PARA A PENSÃO ALIMENTÍCIA PASSAR PARA QUAL VALOR? _____

15) O REQUERIDO POSSUI ALGUM BEM EM NOME DELE?

- () SIM
() NÃO

SE SIM, EXPLIQUE: _____

PERGUNTAS SOBRE O AUTOR DA AÇÃO:

16) HOUVE ALGUM AUMENTO NAS NECESSIDADES DOS AUTORES DA AÇÃO QUE JUSTIFIQUE PEDIDO DE AUMENTO DA PENSÃO ALIMENTÍCIA?

- () SIM
() NÃO

SE SIM, EXPLICAR RESUMIDAMENTE, O QUE FOI:



17) O(S) AUTOR(ES) QUE PEDE(M) ALIMENTOS SÃO SAUDÁVEIS?

- SIM
 NÃO

18) SE O(S) FILHO(S) POSSUIR(EM) PROBLEMA DE SAÚDE, O TRATAMENTO É FEITO INTEGRALMENTE PELO SUS?

- SIM
 NÃO

18.1) SE NÃO, O QUE DEVE SER PAGO DE FORMA PARTICULAR E QUAL O VALOR?

18.2) ESSE PROBLEMA DE SAÚDE JÁ EXISTIA QUANDO FOI FIXADA A PENSÃO ALIMENTÍCIA ANTERIORMENTE?

- SIM
 NÃO

19) O(S) AUTOR(ES) ESTUDA(M) EM ESCOLA PÚBLICA?

- SIM
 NÃO

19.1) SE NÃO, EM QUAL ESCOLA ESTUDAM E QUAL O VALOR DA MENSALIDADE?

20) O(S) AUTOR(ES) USA(M) TRANSPORTE ESCOLAR?

- SIM
 NÃO

21) QUAL O VALOR MÉDIO GASTO COM OS AUTORES POR MÊS?

22) O GENITOR QUE ESTÁ COM A GUARDA DO(S) AUTOR(ES) TRABALHA?

- SIM
 NÃO

23) SE TRABALHA, QUAL A PROFISSÃO E RENDA? _____

24) RESIDEM DE ALUGUEL?

- SIM. QUAL O VALOR? _____ (Obs: trazer comprovante)
 NÃO

25) PREENCHER **SOMENTE** SE HOUVER ALGUMA OUTRA INFORMAÇÃO RELEVANTE: _____



Declaro a veracidade das informações acima prestadas, estando ciente de que a falsidade desta declaração poderá acarretar- lhe sanções de natureza administrativa, cível e criminal.

Declaro, ainda, a veracidade dos documentos enviados à Defensoria Pública via “whatsapp” e e-mail, independente do número de celular ser ou não de minha propriedade.

Assinatura: _____