Ação/petição revisional conjunta ☐ **sentença** ☐ **mandado provisório**	Nº do processo	**Estado de Massachusetts** **Juízo de Primeira Instância** **Vara de Famílias e Sucessões**
REFERENTE A: _____ e _____		_____ **Fórum**

e

(Parte A) _____ e _____ (Parte B)

(número e rua) _____ (aptº) _____ (número e rúa) _____ (aptº) _____

(município) _____ (estado) _____ (CEP) _____ (município) _____ (estado) _____ (CEP) _____

telefone: _____ telefone: _____

*****não inclua dados sobre os quais tenha sido decretado sigilo de justiça*****

Se o pedido afeta o seu(s) filho(s), favor preencher #1, #2, #3, e #4 abaixo.
se não for o caso, comece com o #4. Vide requerimentos adicionais da regra 412.

1. Declaramos o seguinte: (escolha apenas uma das seguintes opções.)

   ☐ as partes e o(s) menor(es) não recebem assistência pública nem devem pensão alimentícia atrasada à Receita Estadual.

   ☐ uma das partes ou um dos menores recebe assistência pública ou deve pensão alimentícia atrasada à Receita Estadual. **(Se for o caso e se a revisão visada envolve pensão de menor ou seguro saúde, é preciso obter o consentimento do Departamento de Pensão Alimentícia da Receita Estadual antes de autuar esta ação/ petição. Vide a segunda página deste formulário.)**

2. o termo de divulgação de ação de guarda ou responsabilidade foi preenchido, assinado e anexado .

3. ☐ temos ciência ☐ não temos ciência de medida de proteção passada ou presente na Vara de Menores, de envolvimento passado ou presente do Departamento de Crianças e Famílias (DCF), ou de relatos de abuso /negligência envolvendo quaisquer das partes ou menores, seja neste estado ou país ou em outro. **(Se for o caso, anexe termo de declaração expondo todos os detalhes, e cópia de qualquer mandado expedido por outro juízo ou orgão do governo.)**

4. ☐ participamos ☐ não participamos de audiência judicial sobre medidas protetivas (209A, 258E) envolvendo **quaisquer, das partes ou menores, seja neste estado ou país ou em outro.**

5. a data exata de proferimento/expedição da sentença ou mandado que queremos revisar é: **(cite a data exata e anexe cópia da sentença ou do mandado provisório.)**

   ☐ data de proferimento da sentença _____

   ☐ data de expedição do mandado provisório _____

6. Pedimos a revisão dos seguintes ítens: (**indique quais.**)

   ☐ Pensão alimentícia de filho ☐ guarda ☐ visitação ☐ seguro saúde ☐ seguro odontólogico/oftalmológico

   ☐ seguro de vida ☐ pensão alimenticia de ex-cônjuge ☐ divisão de bens ☐ outro: _____

7. A revisão merece deferimento pelas seguintes razões:

This form is for your reference only. Do not submit to the court.
Este formulário é apenas para fins informativos. Não ajuíze-o.

8. Redigimos, assinamos e anexamos um acordo e uma proposta de sentença/mandado provisório (formulário CJD 446). **(O uso do formulário de acordo (CJD 311) é facultativo.)**

9. Anexamos também os seguintes formulários, caso exigidos pela regra 412:

☐ Declarações de bens e rendimentos de ambas as partes, preenchidas corretamente e devidamente assinadas pelas partes e advogados (se houver) junto com os comprovantes de renda W2 e 1099, se houver (obrigatórios se a revisão desejada engloba assuntos financeiros).

☐ Demonstrativo de cálculo de pensão alimentícia, devidamente preenchido *(obrigatório para revisar a pensão ou qualquer dos seguros saúde, odonto, oftalmo)*

☐ O formulário de proposta de exceção às diretrizes de pensão alimentícia *(obrigatório se a pensão proposta aqui é menor ou maior do que ela seria conforme as diretrizes)*

☐ O seguinte: _____

10. Ao autuar esta ação reconhecemos que pedimos conjuntamente a este juízo a revisão de uma sentença ou mandado provisório. Reconhecemos também que fornecemos ao juízo um acordo assinado, com firma reconhecida (se necessário) e que este acordo expõe os novos termos. Reconhecemos que este juízo poderá indeferir ou alterar o nosso pedido, ou então agendar audiência sobre o assunto. Se o pedido afeta nosso(s) filho(s), reconhecemos a obrigação contínua de informar a este juízo sobre qualquer ação judicial neste estado ou em qualquer outro que possa afetar nosso(s) filho(s).

Juramos ser verdadeira a informação exposta acima.

Data: _____ Data: _____

_____ _____
(assinatura da parte A) (assinatura da parte B)

dados do advogado da parte A, se houver

_____
(nome em letra de forma)

_____ _____
(número e rua) (aptº)

_____ _____ _____
(município) (estado) (CEP)

telefone: _____

cadastro na ordem dos advogados _____

Email: _____

dados do advogado da parte B, se houver

_____
(nome em letra de forma)

_____ _____
(número e rua) (aptº)

_____ _____ _____
(município) (estado) (CEP)

telefone: _____

cadastro na ordem dos advogados _____

Email: _____

Consentimento do departamento de pensão alimentícia da Receita Estadual

O departamento de pensão alimentícia da Receita Estadual, sendo o órgão estadual incumbido de assegurar o cumprimento do Título IV, seção D da Lei de Segurança Social, legislação federal sobre pensão alimentícia e bem-estar de menores, reconhece que uma das partes e/ou o(s) menor(es) supracitados recebe(m) assistência pública ou deve pensão alimentícia atrasada à Receita Estadual, e a Receita Estadual consente com a revisão pedida conjuntamente pelas partes.

Data _____ _____
assinatura autorizada de funcionário da Receita Estadual

_____
(nome em letra de forma)

telefone para contato: _____

This form is for your reference only. Do not submit to the court.
Este formulário é apenas para fins informativos. Não apresente-o.