

Ação/petição revisional conjunta	Nº do processo	Estado de Massachusetts Juízo de Primeira Instância Vara de Famílias e Sucessões
<input type="checkbox"/> sentença <input type="checkbox"/> mandado provisório		
REFERENTE A:	Fórum	
_____ e _____		

_____ e _____	_____ e _____
(Parte A)	(Parte B)
_____ (número e rua) _____ (aptº)	_____ (número e rua) _____ (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 órgão 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 itens: **(indique quais.)**
 - Pensão alimentícia de filho guarda visitação seguro saúde seguro odontológico/ofthalmológico
 - seguro de vida pensão divisão de bens outro: _____
 - alimentícia de ex-cônjuge
7. A revisão merece deferimento pelas seguintes razões:

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 atuar 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

dados do advogado da parte B, se houver

(nome em letra de forma)

(nome em letra de forma)

(número e rua)

(aptº)

(número e rua)

(aptº)

(município)

(estado)

(CEP)

(município)

(estado)

(CEP)

telefone: _____

telefone: _____

cadastro na ordem dos advogados _____

cadastro na ordem dos advogados _____

Email: _____

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: _____