**Termo de Declaração de Testemunha**

|  |  |
| --- | --- |
| **TESTEMUNHA** | |
| NOME: | |
| NACIONALIDADE: | NATURALIDADE: |
| ESTADO CIVIL: | PROFISSÃO: |
| CPF: | DATA NASCIMENTO: |
| ENDEREÇO: | |
| OBS: | |

**QUESTIONÁRIO:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Não sou impedido e nem suspeito a servir de testemunha na forma do CPC |
| R. |  |
| 2 | Qual a relação da testemunha com a parte autora (parente, vizinho, etc) |
| R. |  |
| 3 | Há quanto tempo conhece o autor/conhecia o instituidor |
| R. |  |
| 4 | Se o autor/instituidor é/foi agricultor em regime de economia familiar |
| R. |  |
| 5 | Se já viu o autor/instituidor trabalhando na agricultura |
| R. |  |
| 6 | O que o autor/instituidor planta(va) |
| R. |  |
| 7 | Se o autor/instituidor ou seu grupo familiar possui/possuía ou não veículo automotor em seu nome ou em nome de terceiros |
| R. |  |
| 8 | Se o autor/instituidor já deixou de trabalhar na agricultura |
| R. |  |
| 9 | Se o autor/instituidor já exerceu atividade urbana (pública ou privada) no período da carência |
| R. |  |
| 10 | Se o autor/instituidor já trabalhou fora de Pernambuco |
| R. |  |
| 11 | Se o autor/instituidor é/foi casado e quantos filhos possui |
| R. |  |
| 12 | Se o(a) autor(a) viveu com o(a) falecido(a) e por quanto tempo (EXCLUSIVO PENSÃO POR MORTE) |
| R. |  |
| 13 | Se o(a) autor(a) teve filhos com o(a) falecido(a) (EXCLUSIVO PENSÃO POR MORTE) |
| R. |  |
| 14 | Onde viveram o(a) autor(a) e o(a) falecido(a) (EXCLUSIVO PENSÃO POR MORTE) |
| R. |  |
| 15 | O(a) autor(a)dependia economicamente do(a) falecido(a) (EXCLUSIVO PENSÃO POR MORTE) |
| R. |  |
| 16 | Outra informações que julgar necessárias |
| R. |  |

Fico ciente através desse documento que a falsidade dessa declaração configura crime previsto nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma da Lei e bem como pode ser enquadrada como Litigância de Má Fé.

Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

Petrolina-PE, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TESTEMUNHA – CPF/MF: