

**DECLARAÇÃO FINANCEIRA  
JURAMENTADA**

JD-FM-6PT-SHORT Rev. 2-16  
P.B. §§ 25-30, 25a-15

ESTADO DE CONNECTICUT  
**JUÍZO DE PRIMEIRA INSTÂNCIA**  
www.jud.ct.gov

Somente Para  
Uso do Fórum  
**FINAFFS**



**COMUNICADO SOBRE A ADA**  
O Poder Judiciário do Estado de Connecticut cumpre com a Lei para Americanos com Deficiências. (ADA - sigla em inglês). Se necessitar de adaptações razoáveis em cumprimento com a ADA, entre em contato com um funcionário da secretaria do fórum ou uma pessoa de contato relacionada na página [www.jud.ct.gov/ADA](http://www.jud.ct.gov/ADA).

Número do processo

- FA - - S

**Instruções**

Utilizar esta versão simplificada se a sua renda anual bruta for inferior a \$75.000,00 (veja Seção I. Rendimentos) e seus bens líquidos totais forem inferiores a \$75.000,00 (veja Seção IV. Bens).

Do contrário, use a versão completa, o formulário JD-FM-6-LONG.

A Comarca de \_\_\_\_\_

Em (Endereço do Fórum) \_\_\_\_\_

Nome do processo \_\_\_\_\_

Nome do Declarante (Pessoa que está apresentando este formulário) \_\_\_\_\_

Autor da ação  Réu

**Certificação**

Eu compreendo que as informações prestadas nesta Declaração Financeira Juramentada e no(s) anexo(s), caso se aplique, são verdadeiras e corretas. **Eu compreendo que a deliberada prestação de declarações falsas me tornará sujeito a sanções que podem resultar no ajuizamento de ações penais contra mim.**

**I. Rendimentos**

**1) Renda Bruta Semanal/Quantias e Benefícios de todas as fontes**

Cálculo baseado até a presente data mas pelo menos nas últimas 13 semanas. Se o cálculo for baseado em menos de 13 semanas ou se não refletir o seu salário atual, explique:

Pagamento Recebido:  Semanal  Bisemanal  Mensal  Quinzenal  Anual

Se não receber salário semanal, ajustar o índice de pagamento para semanal da seguinte forma:

Bisemanal → dividir por 2	Quinzenal → multiplicar por 2, multiplicar por 12, dividir por 52
Mensal → multiplicar por 12, dividir por 52	Anual → dividir por 52

(a)	Empregador(es)	Endereço(s)	Salário Base:
Emprego 1	_____	_____	<input type="checkbox"/> Salário anual <input type="checkbox"/> Salário por hora/semana \$ _____
Emprego 2	_____	_____	<input type="checkbox"/> Salário anual <input type="checkbox"/> Salário por hora/semana \$ _____
Emprego 3	_____	_____	<input type="checkbox"/> Salário anual <input type="checkbox"/> Salário por hora/semana \$ _____

**Total dos salários base de todos os empregos - salário e por hora/semana** ..... \$ \_\_\_\_\_

(b) Hora-extra .....	\$ _____	(j) Pensão Alimentícia para Filhos Menores (Valor recebido de fato) .....	\$ _____
(c) Trabalho Autônomo .....	\$ _____	(k) Pensão Alimentícia para para o Cônjuge (Valor recebido de fato) .....	\$ _____
(d) Gorjetas .....	\$ _____	(l) Valores Relativos ao Aluguel de Imóveis e Propriedades Geradoras de Renda .....	\$ _____
(e) Previdência Social .....	\$ _____	(m) Contribuições de Outros Familiares .....	\$ _____
(f) Seguro por Invalidez .....	\$ _____	(n) Rendimentos em Dinheiro .....	\$ _____
(g) Seguro Desemprego .....	\$ _____	(o) Benefícios para Veteranos de Guerra .....	\$ _____
(h) Seguro Contra Acidente de Trabalho ...	\$ _____	(p) Outros: .....	\$ _____
(i) Assistência Pública (Assistência Social, pagamentos do TFA) .....	\$ _____		

**(q) Total da Renda Bruta Semanal/Quantias e Benefícios de todas as Fontes (Somar as linhas de a até q)** \$ \_\_\_\_\_

Horas trabalhadas por semana \_\_\_\_\_

Total da Renda Bruta do Ano Fiscal Anterior. Fornecer valor da renda e não cópias de formulários ..... \$ \_\_\_\_\_

Enumerar e explicar qualquer outra renda incluindo entre outras: renda não declarada; e ajuda financeira de familiares, amigos e outros:

**2) Deduções Obrigatórias (fornecer uma média de valores caso as deduções não ocorram regularmente em todo contra-cheque.)**

	Emprego 1	Emprego 2	Emprego 3	Totais
(1) Deduções do Imposto de Renda Federal ( ___ isenções declaradas)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(2) Previdência Social ou Aposentadoria Obrigatória	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(3) Deduções do Imposto de Renda Estadual ( ___ isenções declaradas)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(4) Plano de Saúde Medicare	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(5) Plano de Saúde	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(6) Contribuições Sindicais	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(7) Prévia Ordem Judicial de Pensão Alimentícia para Filhos Menores ou Cônjuges	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>(8) Deduções Totais Obrigatórias</b> (somar as linhas de 1 até 7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**3) Renda Líquida Semanal**..... \$ \_\_\_\_\_

Subtrair o Total das Deduções Obrigatórias [veja linhas l., 2),(8)] do Total da Renda Bruta Semanal/ Quantias e Benefícios de Todas as Fontes [veja linhas l., 1), q) ]

**II. Despesas Semanais Não Descontadas do Pagamento**

Se as despesas não foram pagas semanalmente, ajuste o índice de pagamento para semanal da seguinte forma:

Bisemanal → dividir por 2	Quinzenal → multiplicar por 2, multiplicar por 12, dividir por 52
Mensal → multiplicar por 12, dividir por 52	Anual → dividir por 52

Assinalar com um ("x") se no momento a despesa **não** está sendo paga, ou se o pagamento está sendo efetuado por terceiros.

**Residência:**

Aluguel ou Hipoteca (Valor Principal, Juros —  \$ \_\_\_\_\_ Q) [• d A / Ocaças / ^ / s / A / U / [ ] / a / a / a / Q / [ / a / a / a / a / e  \$ \_\_\_\_\_  
Imposto sobre Propriedade Imobiliária e Seguro se estiverem em Conta Caução) Á

**Serviços Públicos:**

Aquecimento .....  \$ \_\_\_\_\_ Telefone/Telefone Celular/Internet .....  \$ \_\_\_\_\_  
 Eletricidade .....  \$ \_\_\_\_\_ Coleta de Lixo .....  \$ \_\_\_\_\_  
 Gás .....  \$ \_\_\_\_\_ TV/Internet .....  \$ \_\_\_\_\_  
 Água e Esgotos .....  \$ \_\_\_\_\_

Mantimentos (após recebimento de bolsa família [food stamps]: Incluindo suprimentos para o lar, fórmulas infantis, fraldas (Não incluir refeições para viagem)  \$ \_\_\_\_\_

**Transporte:**

Gasolina/Óleo .....  \$ \_\_\_\_\_ Empréstimo para Compra ou Arrendamento  
de Veículos .....  \$ \_\_\_\_\_  
 Consertos/Manutenção .....  \$ \_\_\_\_\_ Transporte Público .....  \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro de Veículo/Imposto/Registro .....  \$ \_\_\_\_\_

**Prêmios de Seguros:**

Médico/Dentário (Despesas adicionais após utilizar Conta/Plano de Poupança para Saúde)  \$ \_\_\_\_\_ Seguro de Vida .....  \$ \_\_\_\_\_

Despesas Médicas/Dentárias não cobertas pelo seguro .....  \$ \_\_\_\_\_

**Filho(s) Menor(es):**

Pensão Alimentícia para Filhos Menores desta causa .....  \$ \_\_\_\_\_ Despesas de Creche e/ou Babá (após deduções, créditos e subsídios) .....  \$ \_\_\_\_\_  
 Pensão Alimentícia para Outro(s) Filho(s) Menor(es) em outra causa além desta (anexar cópia da ordem judicial) .....  \$ \_\_\_\_\_ Atividades para os Filhos Menores (ex.: aulas, esportes, etc.) .....  \$ \_\_\_\_\_  
 Pensão Alimentícia para o Cônjuge: A pagar a este Cônjuge .....  \$ \_\_\_\_\_ Pensão Alimentícia para o Cônjuge: A pagar ao Ex-cônjuge .....  \$ \_\_\_\_\_

Despesas Excepcionais de Locomoção para Visitas a Filho(s) Menor(es) .....  \$ \_\_\_\_\_

Outros (Especificar): .....  \$ \_\_\_\_\_

**Despesas Totais Semanais Não Deduzidas do Pagamento** ..... \$ \_\_\_\_\_

**III. Passivo (Dívidas)**

Não incluir as despesas enumeradas acima. Não incluir saldo principal atual da hipoteca ou saldos de empréstimos que foram enumerados na seção de "Bens".

Nome do Credor/Tipo da dívida	Saldo Devedor	Data do Início da Dívida/Débito Rotativo	Pagamento Semanal
Cartão de Crédito, Dívidas de Consumo, Dívidas de Imposto de Renda, Dívidas com Assistência Médica, Outras Dívidas			
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$ _____		\$ _____

	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$		\$
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$		\$
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	\$		\$

(A) Total do Passivo (Saldo Total das Dívidas) ..... \$

(B) Total das Despesas Semanais do Passivo ..... \$

#### IV. Bens

Observação: No campo "Ownership" [Propriedade] coloque S [sole] para individual, JTS [joint] para conjunta com o cônjuge, e JTO [joint with other] para conjunta com terceiros. Você deverá completar em cada seção, na última coluna da direita, onde for apropriado, o "Valor da sua participação".

##### A. Bens Imóveis (incluindo time share)

Endereço	Propriedade			a. Valor de Mercado (Valor Estimado)	b. Valor do Saldo Principal da Hipoteca	c. Linha de Crédito e outros Gravames Hipotecários	d. Valor Líquido do Imóvel (d = a menos (b + c))	e. Valor da sua Participação
	S	JTS	JTO					
Residência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	\$
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	\$
<b>Valor Total Líquido dos Bens Imóveis:</b>								<b>\$</b>

##### B. Automóveis

Ano	Marca	Modelo	Propriedade			a. Valor	b. Saldo do Empréstimo	c. Valor líquido (c = a menos b)	d. Valor da sua Participação
			S	JTS	JTO				
1:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$
2:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$
<b>Valor Total Líquido dos Automóveis:</b>								<b>\$</b>	

##### C. Contas Bancárias

Não incluir Contas de Previdência ou bens de filhos menores — completar Seção V abaixo.

Instituição	Número da Conta (somente os últimos 4 dígitos)	Propriedade			Saldo/Valor Atual	Valor da sua Participação
		S	JTS	JTO		
Conta Corrente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Conta de Poupança		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Outras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
<b>Valor líquido Total das Contas Bancárias:</b>						<b>\$</b>

##### D. Ações, Títulos de Crédito, Fundos de Investimento

Empresa	Número da Conta (somente os últimos 4 dígitos)	Nome do Beneficiário	Saldo/Valor Atual
			\$
			\$
<b>Valor Total Líquido das Ações, Títulos de Crédito, Fundos de Investimento:</b>			<b>\$</b>

##### E. Apólices de Seguro (excluir filhos) D = Disability [Invalidez] L = Life [Vida]

Nome do Segurado	D	L	Empresa	Número da Conta (somente os últimos 4 dígitos)	Nome do Beneficiário	Saldo/Valor Atual
						\$
						\$
<b>Valor líquido Total das Apólices de Seguros:</b>						<b>\$</b>

##### F. Planos de Aposentadoria (Fundos de Aposentadoria com juros, Contas de IRA individual, 401K, Plano Keogh, etc.)

Tipo de Plano	Nome do Plano/ Banco/Empresa	Número da Conta (somente os últimos 4 dígitos)	Nome do Beneficiário	Recebendo Pagamentos		Saldo/Valor Atual
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	\$
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	\$
<b>Valor Total Líquido dos Planos de Aposentadoria:</b>						<b>\$</b>

##### G. Participação em Negócios/Profissão Autônoma

Se tiver alguma participação em algum negócio ou se for profissional autônomo preencher a seção a seguir.

Nome do Negócio	Percentual de Participação	Valor
	%	\$
<b>Valor Total Líquido da Participação em Negócios/Profissão Autônoma:</b>		<b>\$</b>

**H. Outros Bens**

Nome do Bem	Saldo/Valor Atual	Nome do Bem	Saldo/Valor Atual
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$

**Valor Total Líquido de Outros Bens: \$**

**I. Valor Total Líquido de Todos os Bens** (adicionar linhas de A até H).....

\$

**V. Bens de Filhos Menores**

Incluir todas as Contas de Previdência para Filhos Menores (Uniform Gift, Uniform Trust, Custodial Accounts), Contas para Educação Universitária/ Contas 529, etc.

Instituição	Número da Conta <small>(somente os últimos 4 dígitos)</small>	Nome do Beneficiário	Pessoa Responsável pela Conta <small>(Fiduciário)</small>	Saldo/Valor Atual
				\$
				\$

**Valor Total Líquido dos Bens dos Filhos Menores: \$**

**VI. Seguro de Saúde** (Plano Médico e/ou Dentário)

Empresa	Nome do(s) Segurado(s) Cobertos pelo Contrato

Você ou algum de seus familiares tem cobertura do Plano de Saúde HUSKY?  Sim  Não  Não sei

Se sim, quem?

**Importante:**

**Você tem obrigação de divulgar quaisquer outras informações financeiras que ainda não tenham sido divulgadas. Relacionar as informações adicionais abaixo:**

**Resumo** (Utilizar os valores relacionados nas Seções de I. até IV.)

<b>Total da Renda Líquida Semanal</b> (Veja Seção I. 3) .....	\$
<b>Total das Despesas Semanais e das Obrigações</b> (Total da Seção II. + III.(B)) .....	\$
<b>Valor Total dos Bens em Dinheiro</b> (Veja Seção IV. I.) .....	\$
<b>Total do Passivo</b> (Saldo Total da Dívida) (Veja Seção III. (A)) .....	\$

**Certificação**

Eu declaro sob pena de perjúrio que as informações prestadas nesta Declaração Financeira Juramentada e no(s) anexo(s), caso se aplique, são verdadeiras e corretas. **Eu compreendo que a deliberada prestação de declarações falsas me sujeitará a sanções que podem resultar no ajuizamento de ações penais contra mim.**

Eu, \_\_\_\_\_ o  Autor da ação  Réu no presente documento, residente à \_\_\_\_\_, telefone número \_\_\_\_\_, tendo sido devidamente juramentado, declaro que as seguintes informações são declarações exatas de todas as minhas fontes de renda, dívidas, bens e patrimônio líquido, de todo tipo e natureza, de todas as fontes e onde quer que estejam localizados.

Assinatura (Declarante)

Data da assinatura

Assinatura (Tabelião, Comissário do Juízo de Primeira Instância, Escrevente, Outro Oficial Competente em conformidade com o Artigo 1-24 do 1-24 dos Estatutos Gerais de Connecticut)

Nome e função em letra de forma da pessoa que assinou à esquerda

Data da assinatura