

**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA.**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, declaro sob responsabilidade e penas da lei, que recebo  
mensalmente pensão alimentícia, no valor de R\$ \_\_\_\_\_, paga por  
\_\_\_\_\_.

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, no cancelamento da Bolsa de Estudo Filantrópica, se concedida, e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Declarante/beneficiário**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do responsável pelo pagamento**

**DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO**

|                          |
|--------------------------|
| Nome: _____              |
| CPF: _____ RG: _____     |
| Endereço: _____          |
| _____ Telefone(s): _____ |

**DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO**

|             |              |
|-------------|--------------|
| Nome: _____ | Idade: _____ |
| Nome: _____ | Idade: _____ |
| Nome: _____ | Idade: _____ |