

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA 2024

Eu, _____, CPF nº _____,
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, inclusive respondendo
pelo crime de falsidade ideológico previsto no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de 2024.

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: _____
Nome: _____	Idade: _____