

DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, abaixo assinado, Sr (a) _____, portador
(a) do CPF nº _____, declaro para todos os fins de direito e sob as penas da Lei, que
NÃO RECEBE PENSÃO ALIMENTÍCIA do Srº (a) _____,
do (a) criança _____, por
motivo de _____,
estando ciente ser um direito da criança/adolescente o recebimento deste benefício. Declaro ainda, a
inteira responsabilidade pelas informações contidas nessa declaração. Estou ciente que a não
veracidade da informação prestada constitui crime, passível de punição, nos termos da legislação em
vigor (Decreto-lei nº 2.848, de 07/12/40, Artigo 299 - Código Penal Brasileiro), como também implicará
no cancelamento da bolsa de estudos filantrópica concedida.

São Domingos do Maranhão, _____ de dezembro de 2024.

Assinatura do (a) declarante