



ESCOLA REDENTORISTA INSTITUTO MENINO DEUS

Rua Angélica Otto, 160 - Boqueirão - Cep. 99.025-270 - Passo Fundo/RS
www.meninodeus.com.br - instituto@meninodeus.com.br
Fone/Fax: (54) 3314-1888



DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA.

Eu, _____ CPF n.º _____,
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: _____ Fone: _____
Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____	Idade: _____
Nome: _____	Idade: _____
Nome: _____	Idade: _____