



**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 2020.

\_\_\_\_\_  
**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: _____