



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, se concedida, e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

_____, _____ de _____ de 2027..

Assinatura do Declarante/beneficiário com Reconhecimento em Cartório

Assinatura do Responsável pelo pagamento com Reconhecimento em Cartório

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: _____