

**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA.**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,  
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 2024.

\_\_\_\_\_  
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: _____
_____ Telefone(s): _____

**DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO**

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