



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TOCANTINS
CAMPUS PALMAS**

**ANEXO III
DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Eu, _____,
(nome do declarante) portador do RG nº _____, e CPF
nº _____/_____/_____-____ declaro sob as penas da lei que recebo pensão alimentícia no
valor _____ mensal de R\$_____, paga
por_____.

Declaro ainda que o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes podem resultar em processo contra mim dos tipos: PENAL (crime de falsidade ideológica) e CÍVEL (ressarcimento por prejuízo causado a terceiros).

Autorizo a devida investigação e fiscalização para fins de averiguar e confirmar a informação declarada acima, caso seja necessário.

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____
CPF: _____/_____/_____-____ RG: _____ TEL: _____
Endereço: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

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

_____, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do declarante