



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA**  
**REITORIA**

**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO / PAGAMENTO /  
NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Declaro, sob as penas da lei (art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e que eu, \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF nº \_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_, residente na rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_.

recebo pensão alimentícia no valor mensal de R\$ \_\_\_\_\_.

pago pensão alimentícia no valor mensal de R\$ \_\_\_\_\_.

não recebo pensão alimentícia.

E para que surtam efeitos legais e por ser verdade firmo o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do declarante)