



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TOCANTINS
CAMPUS AVANÇADO LAGOA DA CONFUSÃO

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,
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 PENSÃO

Nome: _____ CPF: _____ RG: _____ TEL: _____ Endereço: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____ CPF: _____ RG: _____ TEL: _____ Endereço: _____

Lagoa da Confusão, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do declarante

