



**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