



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS PORTO NACIONAL  
COMISSÃO LOCAL DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL**

**ANEXO I**

**DECLARAÇÃO DE RENDA INFORMAL**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_, declaro que trabalho informalmente de \_\_\_\_\_, **SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO**, com renda mensal aproximada no valor de R\$ \_\_\_\_\_.

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal para o signatário, bem como a desclassificação do candidato do Programa de Assistência Estudantil.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do declarante)

Testemunhas:

1° \_\_\_\_\_ RG ou CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

2° \_\_\_\_\_ RG ou CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS PORTO NACIONAL  
COMISSÃO LOCAL DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL**

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE RENDA**

Eu, \_\_\_\_\_, (informar o nome da pessoa que vai assinar a declaração), portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito (a) no CPF sob nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação ao IFTO, que atualmente não exerço **nenhum tipo de atividade remunerada**, sendo dependente financeiramente de \_\_\_\_\_ (Nome da pessoa que depende economicamente), que é \_\_\_\_\_ (informar o grau de parentesco de pessoa) sendo portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito (a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_.

Declaro, ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes, implicarão em medidas judiciais, que podem resultar em processo contra mim dos tipos: PENAL (crime de falsidade ideológica) e CIVEL (ressarcimento por prejuízo causado a terceiros).

Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente para que a mesma produza seus efeitos legais e de direitos, e estou ciente de que responderei legalmente pela informação prestada.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS PORTO NACIONAL  
COMISSÃO LOCAL DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL**

**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 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante