

DECLARAÇÃO SOBRE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____,
(nome completo do responsável)

_____, portador(a) da carteira de identidade nº _____,
(estado civil)

órgão de expedição _____ e do CPF nº _____,

_____ do(a) estudante _____,
(grau de parentesco com o(a) estudante) (nome completo do(a) estudante)

por não possuir outra forma de comprovação, declaro para os devidos fins que:

() não recebo pensão alimentícia para _____,
(nome da criança/ adolescente)

_____.
(grau de parentesco com o(a) estudante)

() recebo pensão alimentícia no valor de R\$ _____ (_____)
(escrever o valor por extenso)

pago por _____ ao (à) _____
(nome completo do provedor da pensão)

_____, _____.
(nome do beneficiário da pensão) (grau de parentesco com o(a) estudante)

Declaro que assumo a responsabilidade quanto a veracidade das informações acima prestadas, sob penas da Lei, previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Rio de Janeiro, / / 2026.

Assinatura do declarante