



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA
SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL



DECLARAÇÃO DE VALOR RECEBIDO A TÍTULO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, portador do
CPF: _____ e RG: _____, residente e domiciliado(a) na
Rua/Av. _____
_____, nº _____, Bairro: _____ cidade de
_____, UF _____, CEP _____. com o telefone
nº _____. **DECLARO**, sob as penas das Leis Civil e Penal, que **RECEBI**
PENSÃO ALIMENTÍCIA pagas/pelo(a) /pelos(as) Alimentante(s) _____
_____ [nome da(s) pessoa(s) que paga(m) a pensão
nos seguintes valores:

	Mês:	Mês:	Mês:	TOTAL
Valor recebido	R\$	R\$	R\$	

As informações prestadas no processo de Avaliação de Renda, bem como a documentação apresentada, serão de inteira responsabilidade do (a) candidato(a), sob pena de responder aos artigos 297-299 do Código Penal Brasileiro.

A identificação de fraude de informações ou falsificação de documentação por parte do (a) candidato (a) poderá levar a sanções administrativas e judiciais cabíveis.

Por ser a expressão da verdade, assino o presente termo estando ciente que informações prestadas e que não correspondam à verdade dos fatos implicará no cancelamento da matrícula, e instauração do correspondente processo, conforme o artigo 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de 20____.
[LOCAL] [DIA] [MÊS]

Assinatura do/a Declarante