



DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Declaro sob responsabilidade e penas da lei, que eu, _____
_____, CPF: _____,
RG: _____, **recebo** mensalmente pensão alimentícia, no valor
de R\$ _____, paga por _____.

Declaro, também, que esse valor é pago mensalmente através de um acordo amigável entre
as partes. Não há sentença judicial.

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____
CPF: _____, RG: _____
Endereço: _____
Telefone(s): _____ E-mail: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____ Idade: _____
Nome: _____ Idade: _____
Nome: _____ Idade: _____

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante/beneficiário

Atenção: Assinatura deverá ser reconhecida em cartório.