

DECLARAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

(Reconhecer firma em cartório)

Eu, _____,
portador do RG. Nº _____ CPF. Nº _____ residente e
domiciliado a Rua _____, nº
_____ Bairro _____ Cidade _____ Estado
_____, declaro sob as penas das Leis Civil e Penal que:

() pago o valor mensal de R\$ _____,
referente a pensão alimentícia de _____.

() recebo o valor mensal de R\$ _____,
referente a pensão alimentícia de _____.

() não recebo pensão alimentícia de _____.

Para que se firme verdade assino a presente declaração e assumo a
responsabilidade da informação prestada junto a FUNDAÇÃO COMUNIDADE DA
GRAÇA.

São Paulo, _____, de _____ de _____.

Assinatura do Pagante

Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal