



## DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Residente a Rua: \_\_\_\_\_,

nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade/Estado \_\_\_\_\_,

DECLARO sob as penas das Leis Civil e Penal, que **NÃO** recebo pensão alimentícia de \_\_\_\_\_

Para que se firme verdade, assino a presente declaração e assumo a responsabilidade das informações prestadas sob as penas da Lei (Artigo 299 do Código Penal), junto a UNILINS/ETL.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**(Reconhecer assinaturas em cartório)**

### DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_