

## DECLARAÇÃO PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu \_\_\_\_\_,  
CPF de nº \_\_\_\_\_ endereço \_\_\_\_\_  
de nº \_\_\_\_\_ no bairro \_\_\_\_\_ na cidade  
de \_\_\_\_\_.

Declaro para os devidos fins de direito, sob penas legais, que (    ) pago / (    ) recebo **Pensão Alimentícia mensal** do genitor (a) Sr (a) \_\_\_\_\_  
portador(a) do CPF de nº \_\_\_\_\_ no valor de R\$ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_).

Sendo de minha inteira responsabilidade as informações prestadas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou apresentação de dados e/ou documentos inverídicos implicará no cancelamento do processo do benefício, bem como, a anulação da bolsa de estudo, caso já tenha sido concedida, podendo haver a imediata devolução dos valores.

Responsabilizo-me em informar imediatamente o Instituto Divina Providência- IDP caso haja alteração na minha situação de renda, apresentando todas as documentações comprobatórias que se fizerem necessárias.

Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura do declarante

*Autorizo à instituição a aferir as informações acima declaradas.*