

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____ Estado
civil: _____ Profissão: _____, inscrito (a) no CPF
sob o nº _____, portador do RG nº _____,
residente e domiciliado na Rua (Av., praça, etc) _____,
nº _____ Bairro: _____, cidade _____
estado do São Paulo, DECLARO para os devidos fins, que recebo ajuda financeira mensal, como
pensão alimentícia em acordo não judicial no valor mensal de
R\$ _____ (_____), paga pelo Sr. _____, (pai ou mãe) do(s)
filho(s) _____.

Santa Bárbara D'Oeste, ____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante