



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