



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