



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

### ANEXO 11 - DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, \_\_\_\_\_, portador do  
RG nº \_\_\_\_\_, e CPF nº \_\_\_\_\_, declaro sob responsabilidade e penas  
da lei, que recebo mensalmente pensão alimentícia, no valor de R\$ \_\_\_\_\_, paga  
por \_\_\_\_\_.

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos  
e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, no cancelamento dos BENEFÍCIO(S), se concedido(os),  
e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais  
cabíveis.

\_\_\_\_\_ (Cidade/UF), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

#### DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

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

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

#### DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

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

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

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