

## DECLARAÇÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado (a) na cidade de \_\_\_\_\_, Rua  
\_\_\_\_\_, declaro para  
os devidos fins e sob as penas da Lei que:

( ) Recebo pensão alimentícia, no valor de R\$ \_\_\_\_\_.

( ) Não recebo pensão alimentícia.

( ) Pago pensão alimentícia, no valor de R\$ \_\_\_\_\_.

( ) Não pago pensão alimentícia.

para o(a) \_\_\_\_\_.

Local \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Declarante

**Obs: A assinatura deverá ser reconhecida em cartório e poderá ser por semelhança;**