

## DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, \_\_\_\_\_, (informar o nome do recebedor da pensão alimentícia), portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação à Faculdade Medicina do Sertão, que recebo R\$ \_\_\_\_\_ mensais, de \_\_\_\_\_ (informar o nome da pessoa que paga a pensão), que é \_\_\_\_\_ (informar o grau de parentesco) referente à pensão alimentícia. Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes, implicam exclusão de (informar o nome do(a) estudante) \_\_\_\_\_ do processo, além das medidas judiciais cabíveis.

Declaro que estou ciente que a não veracidade da informação prestada constitui falta grave, passível de punição, inclusive com a suspensão do benefício, nos termos da legislação em vigor, Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Decreto-Lei nº 2.848, de 07/12/40, *in verbis*:

### *Falsidade ideológica*

*Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:  
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.*

Autorizo a Faculdade Medicina do Sertão a certificar as informações acima.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

---

Assinatura do Declarante