



Universidade Federal Do Oeste Do Pará
Pró-Reitoria De Gestão Estudantil Diretoria
de Acompanhamento Estudantil
Núcleo de Serviço Social

ANEXO 18

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA OU AUXÍLIO VOLUNTÁRIO (Mesada)

Eu, _____
RG _____ CPF _____, residente no endereço
_____, bairro _____
cidade, _____, estado _____, DECLARO, para os devidos fins e sob
as penas da lei, que pago pensão alimentícia (ou auxílio voluntário) para _____
_____, CPF
_____ no valor mensal de R\$ _____.

Declaro ainda que os dados acima apresentados são verdadeiros e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ ou divergentes implicam no cancelamento do processo e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente recebidos, além das medidas judiciais cabíveis. Autorizo a devida investigação e fiscalização para fins de averiguar e confirmar a informação declarada acima por mim.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante acrescida de cópia do RG

ou a assinatura digital pelo ww.sougov.br