

ANEXO 11

**RECEBIMENTO / PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA
(SEM ACORDO HOMOLOGADO JUDICIALMENTE)**

Eu,,
portador(a) do RG N° e do CPF N°
....., residente à Rua
....., n°
....., Apto., Bairro, Cidade
....., Estado, declaro
sob as penas das Leis Civil e Penal que PAGO / RECEBO pensão
alimentícia no valor mensal de (.....
.....) para
o(a) menor beneficiado(a)
.....

Para que se firme verdade, assino a presente declaração e assumo a
responsabilidade da informação prestada sob as penas da Lei (Artigo 299 do
Código Penal Brasileiro), junto à unidade educativa na qual pleiteio bolsa
assistencial para o ano de

Local e data:,
...../...../.....

.....
Assinatura do Pagante (pai / mãe /
responsável)

.....
Assinatura do Beneficiário (pai / mãe /
responsável)