



Ministério da Educação  
Instituto Federal do Espírito Santo  
Campus Venda Nova do Imigrante

**ANEXO VII - DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA NÃO LEGALIZADA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que (marcar apenas uma alternativa):

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

\_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_.

(  ) Não recebo 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, implicarão em medidas judiciais.**

Autorizo ao Ifes a averiguar as informações acima fornecidas.

Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente para que a mesma produza seus efeitos legais e de direito, e estou ciente de que responderei legalmente pela informação prestada.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) declarante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da 1ª testemunha CPF e telefone de contato

\_\_\_\_\_  
Assinatura da 2ª testemunha com CPF e telefone de contato