



## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CAMPUS COLATINA

Avenida Arino Gomes Leal, 1700 – Santa Margarida – 29700-558 – Colatina – ES

27 3723-1500

### ANEXO IV

#### DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO OU NÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Assinatura da 1ª testemunha com CPF e telefone de contato

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que \_\_\_\_\_, (nome da criança/adolescente), portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, ( ) recebe pensão alimentícia no valor de R\$ \_\_\_\_\_ mensais, de \_\_\_\_\_ (pessoa que paga a pensão).

( ) não recebe pensão alimentícia.

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, a saber:

*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 o IFES a certificar as informações acima.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante com RG e CPF

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