



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA  
CAMPUS SÃO BORJA

**ANEXO V**  
**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO/PAGAMENTO / NÃO RECEBIMENTO DE**  
**PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Declaro, sob as penas da Lei (Art. 299 do Código Penal), que as  
declarações contidas neste formulário correspondem à  
verdade, e que eu,  
\_\_\_\_\_, inscrito/a no CPF nº \_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_,  
residente na rua  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,  
bairro  
\_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,

recebo pensão alimentícia no valor mensal de R\$

pago pensão alimentícia no valor mensal de R\$

não recebo pensão alimentícia.

E para que surtam os efeitos legais, e por ser verdade, firmo o presente.

**Declaro também que, nesta data:**

Possuo conta bancária, com cópia em anexo do extrato bancário do mês de  
inscrição neste edital.

Conta corrente

Conta poupança

Não possui conta bancária

., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_\_.

Assinatura do/a declarante

\_\_\_\_\_