



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS  
COORDENADORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS  
DIVISÃO DE GESTÃO DE BENEFÍCIOS**

**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da  
cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, e inscrito(a) no  
Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, para os devidos  
fins, que pago R\$ \_\_\_\_\_ mensais para \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade nº  
\_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, e inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas  
sob o nº \_\_\_\_\_, referente à pensão alimentícia de: \_\_\_\_\_

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas neste instrumento, estando ciente de  
que a omissão de informação relevante ou a apresentação de dados falsos ou diversos do que  
deveriam ser declarados configurará o crime de Falsidade Ideológica, conforme o art. 299 do  
Código Penal, além de ensejar o desligamento imediato do(a) estudante do Programa ou Auxílio  
caso confirmada em apuração posterior à inserção no referido benefício, sem prejuízo das sanções  
penais cabíveis.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Declarante