

## DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, órgão expedidor, \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, membro da família do candidato \_\_\_\_\_ ao ProUni, residente à Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que **PAGO PENSÃO ALIMENTÍCIA** no valor mensal de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_),

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que, caso configurada a prestação de informação falsa, apurada posteriormente concessão da bolsa, em procedimento que assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento da bolsa ProUni no UNIFAMINAS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017. (Cidade)

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

### Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_  
(Assinatura)

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Tel:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

(Assinatura)

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Tel:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_