

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

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

- 1) _____ de 2017: R\$ _____
- 2) _____ de 2017: R\$ _____
- 3) _____ de 2017: R\$ _____

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

_____, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) Declarante com firma reconhecida em Cartório

Testemunhas:

1) _____

(Assinatura)

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

Tel:(____) _____ Endereço: _____

2) _____

(Assinatura)

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

Tel:(____) _____ Endereço: _____