

## DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, \_\_\_\_\_  
(informar o nome do responsável pelo recebimento da pensão), portador(a) do RG n. ° \_\_\_\_\_ e do CPF n. ° \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação à Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, que não recebo pagamento de pensão alimentícia, seja maneira judicial ou extrajudicial, em meu nome ou em nome de terceiros.

Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam na exclusão de \_\_\_\_\_ (informar o nome do aluno) do Programa de Assistência Estudantil desta Universidade, além das medidas judiciais cabíveis. Autorizo a UFSM a certificar as informações acima.

**Local e data:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

**Assinatura do Declarante**

**Testemunhas:**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_