



**ASSOCIAÇÃO CRISTÃ DE MOÇOS DO RIO DE JANEIRO
DESENVOLVIMENTO SOCIAL
CAP ACM RIO**

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, portador(a) do
RG nº _____, órgão expedidor _____, e CPF nº
_____, membro do grupo familiar do(a) estudante
_____ candidato(a) do processo de
concessão de bolsa de estudo filantrópica, declaro sob responsabilidade e penas da lei, que
recebo mensalmente pensão alimentícia, no valor de R\$ _____, paga por
_____.

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou
documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, no cancelamento da Bolsa de
Estudo Filantrópica, se concedida, e obrigam a imediata devolução dos valores indevidamente
recebidos, além das medidas judiciais cabíveis.

_____, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do Declarante/beneficiário

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Telefone(s): _____

Assinatura do responsável pelo pagamento

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____