



Associação de Entidades do Projeto Transformação
CNPJ: 12.861.453/0001-91 Rua Paissandu, 1868 - Centro - Passo Fundo

Programa Criança e Adolescente

Rua Avaí, 99 - Vila Popular
99010-560 - Passo Fundo - RS, www.transformacao.eco.br
Fone: 99635-7286 coordenacao.ca@transformacao.eco.br

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, CPF nº _____,
RG _____, 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 do atendimento no Programa Criança e Adolescente, se concedida a
vaga, além das medidas judiciais cabíveis.

_____, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do Declarante/beneficiário

Assinatura do responsável pelo pagamento

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____
Endereço: _____
Telefone(s): _____



Associação de Entidades do Projeto Transformação
CNPJ: 12.861.453/0001-91 Rua Paissandu, 1868 - Centro - Passo Fundo

Programa Criança e Adolescente

Rua Avaí, 99 - Vila Popular

99010-560 - Passo Fundo - RS,

www.transformacao.eco.br

Fone: 99635-7286

coordenacao.ca@transformacao.eco.br

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____