



Associação de Entidades do Projeto Transformação

CNPJ: 12.861.453/0001-91

Rua Paissandu, 1868 - Centro - Passo Fundo

Programa Criança e Adolescente

Rua Havaí, 99 - Vila Popular

99010-560 - Passo Fundo - RS

Fone: 99635-7286

www.transformacao.eco.br

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 2026.

Assinatura do Declarante/beneficiário

Assinatura do responsável pelo pagamento

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Telefone(s): _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____