



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

## DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO OU PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
*(informar o nome da pessoa que declara receber ou pagar pensão alimentícia)*

Portador (a) do RG \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_,

declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação à Universidade Federal de Ciências da Saúde – UFCSPA, que:

( ) recebo ( ) pago pensão alimentícia no valor mensal de R\$ \_\_\_\_\_.

Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas neste instrumento, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam na exclusão do (a) estudante do Programa de Auxílio Estudantil da UFCSPA.

A assinatura poderá ser a caneta, acrescida da cópia de Carteira de identidade (ou documento equivalente com foto e CPF) ou de forma digital pelo site gov.br ou qualquer outra qualificada, pelo ICP-Brasil, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do (a) declarante**

*A omissão de informações e a falsa declaração são passíveis de punição assim como fraudes ou falsificação de documentos que visem burlar o processo, serão motivos de desclassificação e exclusão do Programa de Auxílio Estudantil, sem prejuízo das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, conforme a Lei nº 7.115/1983 e art.299 do Código Penal.*

### **§ Falsidade Ideológica**

*Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.*