

**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO/RECEBIMENTO DE PENSÃO  
ALIMENTÍCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, declaro que pago ( ) ou recebo ( ) pensão alimentícia de: \_\_\_\_\_, no valor mensal de R\$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pagante/Recebedor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal

**OBS.: Reconhecer firma em cartório.**

---