

ANEXO II

H - DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO OU RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, portador
do CPF nº _____, RG nº _____, residente
_____, declaro que
() PAGO / () RECEBO - PENSÃO ALIMENTÍCIA no valor de R\$ _____
(_____) mensais, à Sr(a).

referente aos
dependentes: _____
_____.

Declaro ainda estar ciente de que as informações que estou prestando são de minha inteira responsabilidade e que, no caso de declaração falsa, estarei sujeito às sanções previstas em lei, aplicando-se, ainda, o disposto no parágrafo único do art. 10 do Decreto nº 83.936, de 6 de setembro de 1979 e Artigos 171 e 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do (a) Declarante
Letra Legível