

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu _____, portador da Carteira de
Identidade nº _____, CPF nº _____
residente no endereço _____

_____ declaro sob as penas da lei que não
pago pensão alimentícia e não contribuo com nada para a sobrevivência da(o) minha(meu)
filha(o) _____,
CPF nº _____, residente e domiciliada(o) no endereço

DECLARO estar ciente de que a falsidade da declaração por mim firmada no presente documento, poderá ensejar **sanções civis, e, principalmente criminais (Art. 299 do Código Penal)** e responsabilização legal prevista pela **Lei nº 12.101/2009 Art. 15, §1º**, alterada pela **Lei 12.868/2013, Decreto 8.242/2014**, além de acarretar o imediato cancelamento no processo.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante: _____
(com firma reconhecida em cartório)

Testemunhas:

• Nome: _____
RG: _____ Órgão Emissor: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

• Nome: _____
RG: _____ Órgão Emissor: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

*Comprovante de residência atual do declarante; *Testemunhas deverão ser maiores de 18 anos; * Não podem pertencer ao grupo familiar.