

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: _____, ____/____/____.

Assinatura do declarante
(Reconhecer esta assinatura em cartório)

1ª Testemunha: Nome: _____

CPF nº: _____

Assinatura: _____

2ª Testemunha: Nome: _____

CPF nº: _____

Assinatura: _____

* Anexar comprovante de residência atual do declarante; * As testemunhas deverão ser maiores de 18 anos;
* Anexar fotocópia da carteira de Identidade das testemunhas.