

**DECLARAÇÃO**  
(AUSÊNCIA DE RENDIMENTO)

Eu,.....  
portador (a) do RG nº ....., expedido pelo (a) .....  
e do CPF nº ....., residente e domiciliado (a) na  
.....(endereço completo), **DECLARO**,  
sob as penas da lei, que não recebo, atualmente, salário, proventos, pensão  
alimentícia, aposentadoria, benefícios sociais, comissões, pró-labore, outros  
rendimentos do trabalho não assalariado, rendimentos do mercado informal ou  
autônomo, rendimentos auferidos do patrimônio e quaisquer outros.

Declaro ainda, minha total responsabilidade pelas informações contidas neste  
instrumento, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações  
e/ou documentos falsos ou divergentes implicarão no cancelamento da inscrição  
ou do benefício do Programa Universidade para Todos - ProUni, obrigando-me ao  
ressarcimento dos valores indevidamente recebidos, quando for o caso,  
sujeitando-me, inclusive, às medidas judiciais cabíveis. Declaro, por último, estar  
ciente de que devo informar à Faculdade de Medicina de Petrópolis ou ao Centro  
Universitário Arthur Sá Earp Neto, a ocorrência de alteração da situação acima  
declarada e apresentar a respectiva documentação comprobatória.

Local e data.

.....  
Assinatura do (a) declarante  
(Reconhecer firma em cartório)