

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu Kauã Cristian Andrade da Silva,
PORTADOR (A) DO RG. Nº 26.061.874.4, INSCRITO (A) NO
CPF. SOB O Nº 155.318.537-42, COM E-MAIL
belkauragomes@gmail.com, e telefone (71)
995477600, RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA
Rua amagamas nº 35,
BAIRRO Monte alba CEP. 28930-000.

Declaro que, em razão de minha atual condição financeira, não
tenho condições de arcar com os custos de um curso particular, sob
pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, sujeitando-
me às sanções previstas na legislação aplicável, se vier a ser
comprovada a falsidade.

Declara o abaixo-assinado, que está ciente do disposto no art.
299, do código penal, que prevê pena privativa de liberdade e multa
em caso de falsa declaração com o fim de alterar a verdade sobre fato
juridicamente relevante.

Arraial do Cabo, 18 de Junho de 2025.

Kauã Cristian L. Silva