

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu Vera Lúcia Santana Peixoto Mendes,
PORTADOR (A) DO RG. Nº 10387862-5, INSCRITO (A) NO
CPF. SOB O Nº 026984787-13, COM E-MAIL
Veraluciamendesof@gmail.com, e telefone (21)
999841044, RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA
Rua: Sertão Novellino 21010,
BAIRRO Recanto das Flores CEP. 28909040.

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.

Declaro 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, 29 de maio de 2025.

