

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu SABRINA SOARES PINTO,
PORTADOR (A) DO RG. N° 21.111.927-6, INSCRITO (A) NO
CPF. SOB O N° 115.766.527-14, COM E-MAIL
bimopintop@gmail.com, e telefone (22)
992562805, RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA
RUA DR. HILTON MASSA, 05,
BAIRRO MONTE ALTO CEP. 28930-000.

Declaro que, em razão de minha atual condição financeira, não
posso 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, 30 de MAIO de 2025.

Sabrina Soares Pinto