

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu Ana Gabriella de Souza Ferreira Martins,  
PORTADOR (A) DO RG. N° 16264791784 \_\_\_\_\_, INSCRITO (A) NO  
CPF. SOB O N° \_\_\_\_\_, COM E-MAIL  
agsfferreira@gmail.com \_\_\_\_\_, e telefone ( ) \_\_\_\_\_22992672007\_\_\_\_\_,  
RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NA \_\_\_\_\_rua José Pinto de Macedo  
\_\_\_\_\_, BAIRRO  
\_\_\_\_\_prainha\_\_\_\_\_CEP.\_\_\_\_28930009\_\_\_\_\_.

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, \_02\_ de \_junho\_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_Ana Gabriella Martins\_\_\_\_\_