

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **MARIA CRISTINA VALIAS ANDRADE SILVEIRA**, brasileira, solteiro, aposentada, portadora da Cédula de identidade RG nº 106845, inscrita no CPF sob o nº 366.625.181-15, residente e domiciliada na Rua Monte Castelo, nº 2369, Bairro Jardim São Pedro, na cidade de Dourados/MS, CEP 79810-060, para os fins específicos dos preceitos contidos no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal, c/c parágrafo único, no art. 98 e seguintes da Lei nº 13.105/2015 e na Lei nº 7.115/83, DECLARO, sob as penas da Lei, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais sem prejuízo de meu sustento e de minha família, motivo pelo qual, venho requerer o deferimento da concessão dos benefícios da JUSTIÇA GRATUITA. Requeiro, ainda, que o benefício abranja todos os atos do processo em questão. Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente.

Dourados - MS, 20/02/2025.

DECLARANTE