

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ELIAMARA MUNIZ DE FREITAS OLIVEIRA**, brasileira, casado, cuidadora de idoso, portadora da Cédula de identidade RG nº 000481017, inscrita no CPF sob o nº 448.117.131-68, residente e domiciliada na Rua Major Capile, nº 6550, Bairro Vila São Francisco, na cidade de Dourados/MS, CEP 79833-040, 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, 03/07/2025.

DECLARANTE