

# DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **FATIMA DE CASTRO RECALDE**, brasileira, casado, operadora de caixa, portadora da Cédula de identidade RG nº 393.643, inscrita no CPF sob o nº 518.398.651-72, residente e domiciliada na Rua General Osório, nº 230, Bairro Jardim Independência, na cidade de Dourados/MS, CEP 79814-400, 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