

# DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **TESTE KAI01**, menor impúbere, nascido(a) em 2009-02-16, inscrito(a) no CPF 086.589.721-27, neste ato representado(a) por seu(sua) genitor(a) Sr.(a) **CONCEIÇÃO APARECIDA GONÇALVES PINTO**, brasileira, solteiro, do lar, portador(a) da Cédula de identidade RG nº , inscrito(a) no CPF sob o nº 040.617.141-63, residente e domiciliado(a) na Rua do amor, nº 420, Bairro Indápolis, na cidade de Dourados/MS, CEP 79868-000, 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, 01/05/2025.

DECLARANTE