

# **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, **ALINE LOURENÇO VIEIRA**, brasileira, casado, optometrista, portadora da Cédula de identidade RG nº 48855892X SSP/SP, inscrita no CPF sob o nº 044.587.581-01, residente e domiciliada na Rua Jaú, nº 2560, Bairro Loteamento Flor de Lis, na cidade de Dourados/MS, CEP 79831-516, 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, 29/10/2025.

DECLARANTE