

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ADRIELE COSTA VAZ**, brasileira, separado, cabeleireira, portadora da Cédula de identidade RG nº 001.772.336 SSP/MS , inscrita no CPF sob o nº 037.998.471-70, residente e domiciliada na Rua Segismundo Galhardo, nº 65, Bairro Parque das Nações II, na cidade de Dourados/MS, CEP 79842-141, 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, 12/03/2026.

DECLARANTE