

# **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, **ROSIELE ROMERO MACHADO**, menor impúbere, nascido(a) em 1997-08-09, inscrito(a) no CPF 015.634.951-5, neste ato representado(a) por seu(sua) genitor(a) Sr.(a) **ROSANDRA DA SILVA ROMERO**, Brasileira , convivente, Do lar, portador(a) da Cédula de identidade RG nº 1037836, inscrito(a) no CPF sob o nº 015.634.951-55, residente e domiciliado(a) na Rua DA 7 , nº 2375, Bairro Jardim Deoclécio Artuzzi, na cidade de Dourados/MS, CEP 79839-418, 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, 09/11/2023.

DECLARANTE