

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **GISLAINE CARINA DE OLIVEIRA MENDONÇA**, brasileira, casada, maior, do lar, portadora do CPF nº 228.825.998-11, RG: 44703202, SSP/SP, e-mail: carina.kl@hotmail.com, Telefone: 15-98812-0025, moradora à Rua Sebastião Pires Pinto, nr 263, Jardim Imperatriz, Sorocaba – SP, CEP: 18079384, DECLARO, para todos os fins de direito, que no momento não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Juntando a esta Declaração, as provas documentais de minha hipossuficiência financeira. Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Brasília /DF, 17 de abril de 2023.

x

GISLAINE CARINA DE OLIVEIRA MENDONÇA

CPF nº 228.825.998-11

Impresso por: 102.103.951-00 - MARCOS ALBERTO ROCHA
Em: 09/08/2023 22:27:22