

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Sra. LUCILEIDE DIAS DA SILVA, pessoa física, brasileira, solteira, autônoma, maior, nascida em 14/09/1981, portadora do CPF nº 023.048.615-04, RG: 09.742.398-01, moradora à Rua Macedo, nr.: 23, Bairro Dom Tomás, Juazeiro-BA, CEP: 48.905-539, Telefone: 74-99111-5724, 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, 05 de maio de 2023.

x Lucileide Dias da Silva

LUCILEIDE DIAS DA SILVA

CPF nº 023.048.615-04

Impresso por: 102.403.651-90 - MARCOS PEREIRA ROSA  
Em: 09/05/2023 - 22:10:02