

1ª DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Elaine De Souza Pereira

Nacionalidade: Brasileira

Estado civil: União Estável

Portador do RG nº: 40105591-7

Inscrito no CPF nº: 303.434.008-71

Residente no Endereço: AV. Tereza Ana Cecon Breda _ nº _ 141

Bairro: Vila Real

Cidade: Hortolândia/Sp

Telefone: 19 98352-7779

Email: Elaine1699pereira@gmail.com

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que 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). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo. Local, data

NOME COMPLETO