



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **VALÉRIA ANDRADE FERREIRA**, nacionalidade(a): brasileira, estado civil: solteira, portador da cédula de identidade RG nº 54.939.009-1, inscrito no CPF sob o nº 905.134.956-49, residente e domiciliado à Rua Jurua 320 , CEP: 09572-480, São Caetano do Sul/SP., declaro que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Santo André, 22 de abril de 2025.

---

**VALÉRIA ANDRADE FERREIRA**