



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ELISETE APOLONIA SOUZA DA HORA**, nacionalidade(a): brasileira, estado civil: casada; profissão: desconhecida, portador da cédula de identidade RG nº 25.884.643-4, inscrito no CPF sob o nº 183.681.248-59, residente e domiciliada à Rua Casemiro de Abreu, 286, CEP: 09061-030, Vila Aquilino - Santo André/SP., e eu, **JOSÉ VANDEILSON SOUSA LIMA**, nacionalidade(a): brasileiro, estado civil: casado; profissão: Acabador, portador da cédula de identidade RG nº 66.173.156-X, inscrito no CPF sob o nº 013.169.374-37, residente e domiciliada à Rua Odovaldo Viana Filho, 89, CEP: 09060-875, Sacadura Cabral - Santo André/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, 07 de abril de 2025.

ELISETE APOLONIA SOUZA DA HORA

JOSÉ VANDEILSON SOUSA LIMA