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., 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**