



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **KELLI DA SILVA CATARINO**, inscrita no CPF nº 022.422.953-22 e no RG nº 2000010157809 SSPDS CE, autônoma, solteira, brasileira, residente e domiciliada na Av. Zezé Diogo, 3135, Vicente Pinzon, Fortaleza - CE, CEP: 60182-026, para os fins previstos na Lei 1.060/50 c/c art. 98 e s/s da Lei 13.105/2015, **DECLARO** que não possuo condições de pagar custas e despesas processuais sem prejuízo próprio e de minha família.

Fortaleza - CE, 09 de junho de 2025

KELLI DA SILVA CATARINO