

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **REVALINA DA SILVA CHARÃO**, menor impúbere, nascido(a) em 1945-03-15, inscrito(a) no CPF 163.471.961-15, neste ato representado(a) por seu(sua) genitor(a) Sr.(a) **MARIA ROSA CHARÃO DA SILVA**, brasileira, divorciado, autômoma, portador(a) da Cédula de identidade RG nº 425329 SSP/MS, inscrito(a) no CPF sob o nº 293.835.601-34, residente e domiciliado(a) na Rua Rio Brilhante, nº 3255, Bairro Chácaras Trevo, na cidade de Dourados/MS, CEP 79810-070, para os fins específicos dos preceitos contidos no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal, c/c parágrafo único, no art. 98 e seguintes da Lei nº 13.105/2015 e na Lei nº 7.115/83, **DECLARO**, sob as penas da Lei, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais sem prejuízo de meu sustento e de minha família, motivo pelo qual, venho requerer o deferimento da concessão dos benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**. Requeiro, ainda, que o benefício abranja todos os atos do processo em questão.

Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente.

Dourados - MS, 22/09/2025.

DECLARANTE