

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **LAVÍNIA DE LIMA FERRAZ**, menor impúbere, nascido(a) em 2021-03-06, inscrito(a) no CPF 110.911.071-57, neste ato representado(a) por seu(sua) genitor(a) Sr.(a) **AMANDA CAETANO DE LIMA**, brasileira, convivente, do lar, portador(a) da Cédula de identidade RG nº 2058219 SEJUSP/MS, inscrito(a) no CPF sob o nº 058.821.351-92, residente e domiciliado(a) na Rua Patrocínio Victor Garcia, nº 590, Bairro Parque das Nações II, na cidade de Dourados/MS, CEP 79843-240, 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, 05/08/2025.

DECLARANTE