

Declaração de Hipossuficiência



Eu, **NOME DO DECLARANTE**, (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____, RG nº _____, residente e domiciliado(a) no endereço _____ constante da Rua _____, 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.

Estado, ___ de _____ de 202_.

Assinatura do(a) Declarante