

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME:		
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:
CPF:	RG:	TEL:
END.:		CEP:
CIDADE/UF:	E-mail:	

DECLARA, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei n. 1.060/1950 e artigo 98 e ss do CPC.

Local: _____, ____/_____/202__.

DECLARANTE