

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, profissão  
\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n. \_\_\_\_\_,  
portador da Carteira de Identidade n. \_\_\_\_\_, residente e domiciliado  
na, CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, declaro, para  
todos os fins de direito e sob as penas da lei, nos termos da Lei 1.060/1950 e  
art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, não ter como arcar com os  
custos do presente processo sem prejuízo do meu sustento e de minha família.  
Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

(\_\_\_\_\_)Cidade/UF, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

---

**Declarante**