

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