

## 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 esob  
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.

\_\_\_\_\_/UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

**Declarante**