

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome Completo:		
CPF:	RG:	Nascimento:
Estado Civil:		Naturalidade:
Endereço/Bairro:		
Cidade/UF:	CEP:	Tel:

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, ____/____/____.

Declarante