

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 2026.

Declarante