

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

Nome:

Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____ **CPF:** _____

Profissão: _____

RG: _____

Endereço:

Município: _____ **CEP:** _____

Telefone/Celular: _____ **E-mail:** _____

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as custas, as despesas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do meu sustento e da minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98, e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

Natal, _____ de _____ de 2024.
