

## 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.

\_\_\_\_\_