

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, portador (a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, inscrito (as) no cadastro de pessoas físicas - CPF sob o nº. \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) na Rua/Av. \_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Complemento, \_\_\_\_\_, na Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de justiça, sendo assim nos termos da Lei 1.060/50, bem como artigo 98 do Código de Processo Civil, - CPC/2015, declaro para todos os fins ser pobre no sentido legal da aceção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no artigo 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura