

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ RG nº. _____

CPF nº.: _____ - _____ Fone (s): _____

Endereço.: _____

Cidade.: _____ Estado.: _____

Declaro para fazer prova junto à Justiça, que não disponho de meios para custear despesas processuais, nesse sentido pleiteio o benefício da gratuidade de justiça, amparado (a) na Lei nº. 1.060/50 c/c a Lei nº. 7.115/83, e dessa forma estou ciente de que esta afirmação produzirá todos os efeitos legais.

Brasília-DF, _____ de _____ de 20____.

Assinatura