

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_, brasileiro(a),  
Estado Civil: \_\_\_\_\_, Profissão: \_\_\_\_\_, RG.: \_\_\_\_\_  
C.P.F.: \_\_\_\_\_, nascido aos : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ natural de \_\_\_\_\_,  
filho de \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado na: \_\_\_\_\_,  
bairro: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_,  
C.E.P.: \_\_\_\_\_ Telefones para contato: \_\_\_\_\_,  
endereço eletrônico (e-mail) \_\_\_\_\_

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, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil e Lei 1.060/50, sendo pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeita caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal. Por ser verdade, firmo o presente.

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