

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU, abaixo assinado e qualificado, declaro que não estou em condições de arcar com as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios, e pelo exposto requiro o benefício da **GRATUIDADE de JUSTIÇA**, nos termos do art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil/2015.

NOME: _____

NACIONALIDADE: _____ EST.CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASC.: ____ / ____ / ____ PIS/PASEP: _____

CTPS: _____ SÉRIE: _____ UF: ____ TELEFONE : _____

IDENTIDADE: _____ ÓRGÃO: _____ UF: ____ C.P.F.: _____

RESIDÊNCIA: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

Rio de Janeiro, de _____ de 20__.

ASSINATURA