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 requeiro 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:_____

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

Rio de Janeiro, de 202 .

_____

ASSINATURA