

## **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Nome: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

CPF/MF: \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**DECLARO** para os devidos fins que não possuo condições de arcar com custas e despesas processuais sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, nos termos dos artigos 98 e 99 da Lei nº 13.105/2015 (CPC), da Lei nº 1060/50 e art. 5º, inciso LXXIV da CF/88.

Firmo a presente declaração sob as penas da lei.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

.....  
(assinatura)