

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)