DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, _____,

nascido em ____/____/____, portador do RG _____ e CPF/MF _____, residente e domiciliado na _____;

DECLARO que, em razão de nossa condição financeira, não temos condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de nossa família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50. Requer, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

São Paulo, _____ de _____ de 202____.

_____