



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA (POBREZA NA ACEPÇÃO JURÍDICA)

_____,
_____, _____, _____, _____,
(Nacionalidade) (Estado civil) (Profissão) (CPF Nº)
_____, _____/_____/_____, _____
(Carteira de identidade nº) (Órgão (Data nascimento) (Endereço – Logradouro- Rua)
_____, _____, _____, _____, _____
Nº (Complemento) (Bairro) (Cidade / Município) (CEP) UF
(UF)
_____, _____, _____, _____, _____
(e-mail) (Tel. Fixo) (Tel. Celular)

DECLARA, de acordo com previsto no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal, c/c o CPC em seu art. 98 a 102. A presente declaração é feita sob as penas da Lei nº13.105/2015 e Lei nº 7.115/83, ciente, portanto que em caso de falsidade, ficará sujeita às sanções criminais, civis e administrativas previstas na legislação própria. que não têm condições financeiras para arcar com os ônus das custas judiciais e honorários advocatícios, sem causar prejuízo ao seu próprio sustento e de sua família, sendo beneficiário(a) da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, elegendo para patrocinar a sua causa o advogado constante da procuração que se encontra acostada aos autos.

Declara, ainda, estar ciente das consequências legais cabíveis caso a presente afirmação seja falsa.

São João de Meriti, RJ, de _____ de **2023**.

(Assinar igual documento de identidade)