



## DECLARAÇÃO

### HIPOSSUFICIÊNCIA (Pobreza)

\_\_\_\_\_, brasileiro(a),  
estado civil: \_\_\_\_\_, Profissão: \_\_\_\_\_,  
portador(a) da de identidade n.º \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF  
sob n.º \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_,  
n.º \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_,  
Cidade: \_\_\_\_\_, RJ, CEP.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

**DECLARA**, de acordo com o art. 4º e seu parágrafo 1º, da Lei 1.060/50 com a nova redação introduzida pela Lei 7.510/86 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 beneficiária 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 conseqüências legais cabíveis caso a presente afirmação seja falsa.

São João de Meriti, RJ, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
(Assinar igual documento de identidade)