

Declaração de Hipossuficiência

Eu, _____, estado civil _____, inscrito no CPF sob o nº _____, e do RG nº _____, residente e domiciliado na _____, nº _____, bairro _____, CEP: _____, Cidade _____ - UF _____, declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

_____, _____ de _____ de 2015.

Assinatura