

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ CRNM (Migrante) \_\_\_\_\_  
Endereço com CEP: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

DECLARA, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Belém, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_

