

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

Nome completo:				
Nacionalidade:	Estado civil:	Profissão: Policia Militar		
CPF:	RG:	RE:		
Endereço:			Nº:	Ap:
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:	
E-mail:				

DECLARO que sou pobre, na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para pagar as taxas processuais e eventuais honorários advocatícios sucumbenciais, sem o sacrifício do meu sustento e das pessoas por quem sou responsável.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade por estas declarações, com fulcro no artigo 99, § 3º, do CPC e, sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

São Paulo, ____ de _____ de 2018.

Assinatura Nome _____
completo _____

ORIENTAÇÕES:

1. Baixe, imprima, preencha, assine os documentos e os converta em arquivo PDF;

2. Junte arquivo PDF:

2.1. Da carteira de identidade funcional;

2.2. De comprovante do endereço inserido em um dos documentos: conta de água, luz, telefone ou internet fixa, gás, etc., em nome do autor da ação e emitido há menos de três meses.

3. Enviar o arquivo PDF, preferencialmente único, para o e-mail:
afam.ale6@jlasadvogados.com.br