

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo:				
Nacionalidade:	Estado civil:	Profissão: Policia Militar		
CPF:	RG:	RE:		
Endereço:			Nº:	Apto:
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 2020.

NOME COMPLETO _____

ASSINATURA _____