Sede Social: Rua Álvares Maciel, 108 - Santa Efigênia - BH/MG
CEP. 30.150-250 – Telefax: (031) 3235-2700. E-mail: presidencia@aspra.org.br
CNPJ: 16679557/0001-30 IE: ISENTO - www.aspra.org.br

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICÊNCIA

_____

_____

_____

_____

Desejando obter os benefícios da **"Justiça Gratuita"**, 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 artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2025

Nome: _____