

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_, nacionalidade: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_, e CPF n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na Rua/Av. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, complemento: \_\_\_\_\_, bairro:  
\_\_\_\_\_, cidade: \_\_\_\_\_/MG.,

declara para os devidos fins, sob as penas da lei, que não pode arcar com o ônus financeiro do processo bem como honorários advocatícios, nos termos das leis 1.060/50, 7.115/83 e 13.105/15 (CPC), por ser pobre no sentido legal, sendo que o pagamento de tais ônus acarretaria prejuízo para seu sustento e de sua família.

Belo Horizonte,        de                                de 20        .

---

**Declarante**