

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