



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Seção do Paraná
Subseção de São José dos Pinhais

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, _____

Nacionalidade _____ Estado Civil _____ Profissão _____
_____, portador(a) do RG nº _____, CPF: _____, Inscrito
no CADUNICO, sob nº _____, Residente e domiciliado(a) à:
_____, nº _____,
_____, Complemento _____, Bairro _____, no
Município de _____,

DECLARO, 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 concessão da GRATUIDADE DE JUSTIÇA, nos termos do art. 98 e seguintes do CPC.

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, como custas, despesas processuais e honorários advocatícios.

Declaro, ainda, que estou isento(a) junto a Receita Federal do Brasil.

ASSINATURA

São José dos Pinhais, ____ / ____ / ____.