



Ordem dos Advogados do Brasil – Seção 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,

OAB – Subseção São José dos Pinhais

Sede “Élio Narezi” | Rua Paulino de Siqueira Cortes, 1289 –
Centro – São José dos Pinhais/PR – CEP 83.030-730 Telefone: (41) 99228-8346
E-mail: triagemadvocaciadativa.sjpinhais@oabpr.org.br