

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, brasileira (o), solteira (o), Profissão:  
\_\_\_\_\_, portador (a) do documento de identidade RG n.º  
\_\_\_\_\_ (SSP/\_\_\_), inscrita no CPF/MF n.º \_\_\_\_\_,  
com domicílio na Cidade de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, à Rua  
\_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, CEP  
\_\_\_\_\_, declaro sob as penas da lei, que, nos termos do art. 14, §1º, da  
lei 5584/1970, das Leis 1060/1950 e 7115/1983, a parte, não ter como arcar com  
o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de meu  
sustento e de meus familiares, pelo que requer os benefícios da justiça gratuita.  
Declaro ainda, que o meu rendimento é todo utilizado em alimentação,  
moradia, transporte, saúde, medicamentos, vestuário, entre outros, e ainda, que  
não possuo bens móveis ou imóveis de qualquer natureza.

Florianópolis, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---