**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

#NOME\_OUTORGANTE, #NACIONALIDADE, #ESTADO\_CIVIL, #PROFISSAO, portador do RG nº #RG\_OUTORGANTE #SEC\_RG/#EST\_RG e inscrito no CPF/MF sob o nº #OUTORGANTE\_CPF, residente e domiciliado no #ENDERECO cep: #CEP - #CIDADE\_OUTORGANTE – #SIGLA\_ESTADO\_OUTORGANTE. Declaro que em razão da minha condição financeira atual, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e da minha família, nos termos do art. 98 do Código de Processo Civil e do Provimento nº 02/2011 da CGJUS/TO**.**

**Palmas – TO, #DATA\_AGORA.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**#NOME\_OUTORGANTE**