**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

**${nome},** NACIONALIDADE, PROFISSAO, ESTADOCIVIL, Identidade nº IDENTIDADE, Cadastro de Pessoa Física nº CPF, Identificação Funcional nº IDFUNCIONAL, Residente e domiciliada à ENDERECO, CEP ${cep}, **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 **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Niterói, 16 de outubro de 2024.

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

**${nome}**