



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

Nome Completo:	
Nacionalidade:	
Estado civil:	Profissão: Militar
Nº Identidade:	Nº CPF:
E-mail:	
Endereço:	Nº
Bairro:	
Cidade:	
Estado:	CEP:

**Declaro** que não possuo condições financeiras para arcar com as custas e despesas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e da família, necessitando do benefício da assistência gratuita judiciária nos termos da Lei 1.060/50 e da Lei 13.105/15 (§ 3º do artigo 99: “**Presume-se verdadeira a alegação de insuficiência deduzida exclusivamente por pessoa natural**”)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

