

## DECLARAÇÃO

\_\_\_\_\_, brasileiro(a),  
aposentado(a)/pensionista, portador(a) da carteira de identidade  
nº \_\_\_\_\_ expedida pelo \_\_\_\_\_, inscrito(a)  
no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e  
domiciliado \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_  
, afirma, na forma da Lei 1.060/50, ser hipossuficiente de recursos  
não podendo assim arcar com as custas processuais nem  
honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento,  
fazendo jus aos benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**

-----  
**Nome por extenso**