

PEDIDO DE GRATUIDADE DE JUSTIÇA

AFIRMAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo em letra legível: _____

Número do documento de identidade: _____

Número do CPF: _____

Profissão: _____

Renda mensal: _____

Endereço completo: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Eu, acima qualificado, DECLARO, sob as penas da lei, que não tenho condições de suportar o pagamento das despesas processuais (custas, taxa judiciária e honorários de advogado) sem que isso comprometa o meu sustento e/ou o da minha família, razão pela qual requeiro a concessão, em meu favor, da gratuidade de justiça.

Nova Friburgo/RJ, _____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante

Não é necessário reconhecer firma.

Atenção: Este documento será analisado pelo Poder Judiciário. O seu preenchimento e a sua assinatura não garantem a concessão do benefício da gratuidade de justiça. Além disso, por ser um documento utilizado para fins públicos, a inserção de informações falsas ou inverídicas poderá sujeitar o declarante às sanções previstas em lei.