

## **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.