



*Boaventura*

ADVOGADOS ASSOCIADOS

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

-----, brasileiro(a),  
inscrito(a) no RG sob o número -----, cadastrado(a)  
no CPF sob o número -----, residente e domiciliado

-----,  
CEP n.º -----, Telefone n.º -----, declaro  
que, em função de minha condição financeira, não tenho condições  
de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de  
implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art.  
5º, LXXIV, da Constituição da República e da **Lei n.º. 1.060/50.**

Cuiabá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

-----  
(Assinatura por extenso, em cima da linha).