**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, **{clienteNome}**, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº **{clienteRG} {clienteOrgEmissor},** inscrito (a) no CPF sob o nº **{clienteCPF}**, residente e domiciliado (a) na **{clienteRua}**, nº **{clienteNumero}**, bairro **{clienteBairro}**, CEP **{clienteCEP}**, na cidade de **{clienteCidade}-****{clienteEstado}**. Declaro para os devidos fins, que não tenho como arcar com as custas processuais, e nem quaisquer outras despesas processuais, sem o prejuízo de meu sustento e de minha família.

**{tenantCidade} – {tenantEstado}**, **{Data}**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_