**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

EU **${nome},** ${nacionalidade}, ${estado\_civil}, ${profissao}, ${inscrito} no CPF sob o nº${cpf}, ${portador} da cédula de identidade sob o nº${rg}${orgao\_expedidor}, residente e ${domiciliado} no ${endereco}, ${bairro\_complemento} ,${cidade\_cliente}/${estado}, CEP:${cep}, DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com as custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

${cidade}/${estado}, ${data}.

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

**${nome}**