

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**DECLARANTE:** \_\_\_\_\_,  
nacionalidade: \_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_,  
profissão: \_\_\_\_\_, portador(a) do RG n°  
\_\_\_\_\_, e do CPF n° \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado(a) na Rua \_\_\_\_\_,  
número \_\_\_\_\_, quadra \_\_\_\_\_, lote \_\_\_\_\_,  
complemento: \_\_\_\_\_,  
Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_,  
Estado: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_.

Declaro, com base no artigo 1º, da Lei 7.115/83, que não possuo condições financeiras de arcar com o pagamento das custas processuais, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família, nos termos do artigo 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal, da Lei n° 1.060/50, dos artigos 98 a 102 do Código Processo Civil e do artigo 790, parágrafo 4º, da CLT.

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

\_\_\_\_\_  
**DECLARANTE**