|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA** |
|   |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NACIONALIDADE |  | ESTADO CIVIL |  | PROFISSÃO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ENDEREÇO |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BAIRRO |  | CIDADE |  | UF |  | CEP |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RG |  | CPF |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| Declara nos termos da Lei n.7.115, de 29 de agosto de 1983 e da Lei n. 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, para os devidos fins de direito, que sou pobre no sentido legal, não dispondo de condições econômicas para arcar com as custas decorrentes da presente demanda, sem sacrifício do sustento meu e de minha família, por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais. |

|  |
| --- |
| Igaporã, 25 de Julho de 2019 |

|  |
| --- |
|  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|   |