

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome	<hr/> <hr/> <hr/>
Estado civil	
Profissão/aposentado	
CPF	
RG	
E-mail	
Endereço (logradouro, número) complemento, bairro, CEP, cidade e estado)	<hr/> <hr/> <hr/>

### DECLARO

insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios, sem prejuízo do meu sustento e de minha família.

Salvador/BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

X

---