
**SINDICATO DOS ENFERMEIROS DO ESTADO DO CEARÁ -
SENECE**

Declaração de Hipossuficiência

Eu, _____, nacionalidade:
_____, estado civil: _____, profissão:
_____, RG: _____, CPF:
_____, residente e domiciliado (a) à

número _____, Bairro _____, CEP
_____, Complemento _____,

ao final subscrito, declaro, para os devidos fins e sob as penas da lei, não ter como arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo próprio e de minha família, pelo que requer, desde já, os benefícios da justiça gratuita, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República, consorciado com o artigo 4º, *caput*, da Lei nº. 1.060/50 e artigo 1º, da Lei nº. 7.115/83.

Fortaleza/CE, _____ de _____ de 201____.

ASSINATURA