

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, _____;

Profissão: _____ Data Nascimento: ___/___/___;

Estado Civil: ()solteiro ()casado ()viúvo ()desquitado ()divorciado

Identidade nº: _____; Órgão Emissor: _____ Data emissão: ___/___/___;

CPF: _____; Telefone: _____

Endereço: _____;

Bairro: _____; Cidade: _____ Estado: _____

Especificação clara do(s) ato(s) solicitado(s): _____

_____;

Finalidade da solicitação: _____

_____;

Eu, acima qualificado(a), afirmo e declaro, sob responsabilidade civil e criminal, que não tenho condições de efetuar o pagamento do valor dos emolumentos e acréscimos legais do ato que acima indiquei, e que ora requero, sem prejuízo de meu próprio sustento ou de minha família.

Em caso de fundada suspeita ou dúvida acerca da declaração acima, poderão ser solicitados documentos comprobatórios do fato.

É permitido, ainda, a realização de pesquisas nas bases públicas dos governos federal, estadual ou municipal ou nas redes sociais.

Declaro ainda que fui devidamente informado de que a Tabeliã ou Oficial de Registro poderá suscitar dúvida, quanto à concessão da gratuidade ora requerida, ao Juízo competente no prazo de 72 (setenta e duas) horas. Se o Juízo, ao decidir o processo de dúvida, verificar que houve declaração falsa ou de má fé, poderei ser obrigado a pagar até o décuplo do valor do acréscimo legal referente ao Fundo Especial do Tribunal de Justiça.

Resende, ____ de _____ de 2023.

ASSINATURA