

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, _____,
(Nome)
_____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____,
(Qualificação Civil)
residente e domiciliado(a) na(o) _____,
nº _____, no bairro _____,
na cidade _____, UF _____, CEP _____-_____,
declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar
com o pagamento das custas cartorárias, sob pena de implicar em prejuízo próprio e
de minha família, nos termos do Artigo 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei
nº 1.060/50.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura