

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, (Nome) \_\_\_\_\_,  
(Qualificação Civil) \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e  
domiciliado(a) na(o) \_\_\_\_\_,  
nº \_\_\_\_\_,  
no bairro \_\_\_\_\_, na cidade do Rio de  
Janeiro/RJ, CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, declaro que, em função de minha  
condição financeira, **não tenho condições de arcar com o pagamento dos  
emolumentos e acréscimos legais**, sob pena de implicar em prejuízo  
próprio e de minha família, nos termos do Artigo 5º, LXXIV, da  
Constituição da República, da Lei nº 1.060/50 e do **Artigo 2º, §1º, do Ato  
Normativo Conjunto TJ/CGJ 27/2013 de 21/11/2013.**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura