

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

PEDIDO DE GRATUIDADE DE EMOLUMENTOS

ANTES DE PREENCHER

Use este formulário somente quando a gratuidade depender da insuficiência de recursos. Não é exigido para atos gratuitos independentemente de renda nem para atos abrangidos por decisão judicial. Preencha um formulário para cada pessoa beneficiária.

1 Dados da serventia

PREENCHIMENTO DA SERVENTIA

Serventia:

Município/Comarca:

2 Dados da pessoa beneficiária

Nome completo:

CPF ou RG:

Data de nascimento:

Profissão:

Endereço:

Município/UF:

CEP:

Telefone ou e-mail:

3 Qual ato precisa ser gratuito?

Marque o ato solicitado. Se for certidão, marque também o tipo desejado.

☐

Certidão de nascimento, casamento, óbito ou outra

TIPO DA CERTIDÃO:

☐

Sem busca

☐

Com busca

☐

Inteiro teor

☐

Habilitação, registro de casamento e primeira certidão

☐

Alteração extrajudicial de prenome e gênero, inclusive certidões correspondentes

☐

Outro ato com previsão legal

Dados para localizar o ato (se souber):

Livro:

Termo:

Folha:

Descreva o ato e a finalidade (se necessário):

4 Declaração

Declaro, sob as penas da lei, que não disponho de recursos suficientes para suportar os emolumentos do ato indicado sem prejuízo de minha manutenção e da manutenção de minha família.

Declaro, ainda, que estou ciente de que:

- a) havendo fundadas razões para dúvida quanto à veracidade desta declaração, o registrador poderá suscitar a questão ao juízo competente, inclusive para eventual substituição da gratuidade pelo parcelamento;
- b) mesmo nessa hipótese, o ato será praticado de imediato, independentemente de prévia decisão sobre a gratuidade;
- c) se o benefício for posteriormente indeferido, poderão ser adotadas medidas extrajudiciais para cobrança dos emolumentos devidos;
- d) a prestação de informação falsa poderá gerar responsabilidade civil e criminal;
- e) salvo previsão legal em sentido diverso, a gratuidade não abrange serviços postais, remessas de documentos, diligências ou notificações.

ASSINATURAS E COMPLEMENTOS

Preencha os blocos complementares somente quando se aplicarem ao caso.

5 Local, data e assinatura da pessoa interessada

Local e data:

Assinatura da pessoa interessada

Proteção de dados: as informações serão tratadas apenas para processamento do pedido, cumprimento de obrigação legal e eventual comunicação, com acesso restrito.

6 Representante legal ou assistente

SOMENTE SE HOUVER

Nome completo:

CPF ou RG:

Telefone/e-mail:

Qualidade em que atua:

Ex.: responsável legal, tutor, curador ou assistente

Documento comprobatório:

Declaro que atuo em nome ou em assistência da pessoa beneficiária e que as informações econômicas prestadas se referem à situação dessa pessoa.

Assinatura do representante legal ou assistente

7 Assinatura a rogo

SE NÃO SOUBER OU NÃO PUDER ASSINAR

A pedido da pessoa beneficiária, assino a presente declaração a rogo.

Nome de quem assina a rogo:

CPF ou RG:

Telefone/e-mail:

Assinatura a rogo

Impressão digital da pessoa beneficiária (se possível)

8 Testemunhas da assinatura a rogo

SOMENTE SE HOUVER ASSINATURA A ROGO

TESTEMUNHA 1

Nome:

CPF ou RG:

TESTEMUNHA 2

Nome:

CPF ou RG:

9 Certificação da presença

PREENCHIMENTO DA SERVENTIA

Certifico e dou fé que as assinaturas e/ou a impressão digital foram apostas em minha presença, após a identificação das pessoas signatárias, ficando concedida a gratuidade para a prática do ato solicitado.

Local e data:

Oficial ou preposto:

Assinatura e identificação funcional

Base normativa: Lei nº 6.015/1973; Lei nº 8.935/1994; Provimento CNJ nº 221/2026; Provimento COGEX nº 12/2026.