1

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

**NOME CPF RG PROFISSÃO , LOTAÇÃO ÓRGÃO ENDEREÇO**

**TELEFONE**: , **DECLARO** que, em função de minha condição financeira, **não ter condições de arcar com o pagamento das custas processuais**, despesas recursais, sob pena de implicar em prejuízo próprio, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, bem como, conforme item 2.18.1 do Provimento Consolidado da CGJUS/TO, declarando como renda liquida aproximadamente R$

Palmas- TO, 08 de fevereiro de 2021.

1