

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

| | |
|--|---------------------|
| NOME: LUCICLÉIA DE SOUZA SILVA | |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRA | |
| ESTADO CIVIL: CASADA | |
| PROFISSÃO: DO LAR | |
| RG: 21.274.288-8 SESP/RS | CPF: 059.249.209-50 |
| ENDEREÇO: RUA ITAGIBA, Nº98, PORTO ALEGRE/PR | |
| TELEFONE: (51) 9 8152-4264 | |

DECLARANTE:

| | |
|--|---------------------|
| NOME: ROBSON ZANARDI DOS SANTOS | |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO | |
| ESTADO CIVIL: CASADO | |
| PROFISSÃO: CHURRASQUEIRO | |
| RG: 81.189.141-03 SJS/III RS | CPF: 059.624.729-00 |
| ENDEREÇO: RUA ITAGIBA, Nº98, PORTO ALEGRE/PR | |
| TELEFONE: (51) 9 8152-4264 | |

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas da lei, que minha renda familiar é de até 05 (cinco) salários mínimos, conforme art. 1º do Provimento 02/2022 do Moradia Legal e que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 5º, inciso LXXIV da Constituição Federal, Lei nº 1.060/1950 (Estabelece normas para concessão de assistência judiciária aos necessitados) e art. 98 e seguintes da Lei nº 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

CLEVELÂNDIA – PR, 21 de março de 2024

DECLARANTE

LUCICLÉIA DE SOUZA SILVA

Lucicléia de Souza Silva

DECLARANTE

ROBSON ZANARDI DOS SANTOS

Robson Zanardi dos Santos