

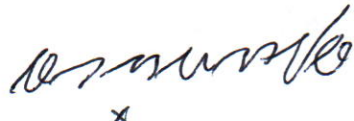
## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

### DECLARANTE:

NOME: ORMANDO LOPES SILVA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL	
PROFISSÃO: SERVIÇOS GERAIS	
RG:57.166.561-5-SESP/SP	CPF: 469.608.328-45
ENDEREÇO: R SEVERINO MARCIANO DE OLIVEIRA, S/N, DISTRITO DE SANTA ZÉLIA EM ASTORGA/PR	
TELEFONE: (44) 9 9927-5605	

**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).

Astorga - PR, 07 de maio de 2024

X 

X

DECLARANTE

ORMANDO LOPES SILVA