

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

### DECLARANTE:

NOME: SILVANA MARCIA SCHILIVE	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	
PROFISSÃO: PROFESSORA	
RG:5.702.647-2 SESP/PR	CPF: 350.501.602-00
ENDEREÇO: RUA SANTA CATARINA, N°2039, CENTRO EM NOVA LARANJEIRA/PR	
TELEFONE: (42) 9 8407-5357	

**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).

Presidente Castelo Branco - PR, 06 de novembro de 2024

### DECLARANTE

SILVANA MARCIA SCHILIVE



Documento assinado digitalmente  
SILVANA MARCIA SCHILIVE  
Data: 06/11/2024 10:02:05-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>