

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: CAMILA FONSECA DE SOUSA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	
PROFISSÃO: DIARISTA	
RG: 3.570.662 SSP/PR	CPF: 097.967.589-89
ENDEREÇO: RUA OSCAR P DA SILVA, Nº800, EM CLEVELÂNDIA/PR	
TELEFONE: (49) 9 9826-3267	

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, 10 de julho de 2025

DECLARANTE

CAMILA FONSECA DE SOUSA

Camila Fonseca de Sousa