

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Fabiane Aparecida Soares	
NACIONALIDADE: Brasileira	
ESTADO CIVIL: Solteira	
PROFISSÃO: Funcionária Pública	
RG: 9.5852.979-1	CPF: 057.039.799-51
ENDEREÇO: Rua João Maria Caldas Dias, nº640, Eloy Petry em Clevelândia/PR	
TELEFONE: (46) 99912-9564	

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).

Barbosa Ferraz – PR, 15 de 07 de 23.

F. A. Soares.

DECLARANTE

Fabiane Aparecida Soares

Testemunha 1 
Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2 _____
Nome: Gabriel de Souza Macedo
CPF: 100.117.669-30