

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: ENY TEREZINHA GOLA	
NACIONALIDADE: Brasileiro	
ESTADO CIVIL: CASADA	
PROFISSÃO: APOSENTADA	
RG: 4.819.966-6 SESP/PR	CPF: 641.653.379-00
ENDEREÇO: RUA TEREZA CRISTINA, S/N, EM CANDIDO DE ABREU/PR	
TELEFONE: (42) 99871-5460	

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).

Cândido de Abreu – PR, 02 de 08 de 23.

Eny Terezinha Gola
DECLARANTE

ENY TEREZINHA GOLA

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

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