

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: ADILEUZA DE SOUZA DOS ANJOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: CASADA	
PROFISSÃO: APOSENTADA	
RG: 12.763.364	CPF: 250.088.138-54
ENDEREÇO: RUA UBAZINHO EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43)998685317	

DECLARANTE:

NOME: ISALINO VICENTE DOS ANJOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: CASADO	
PROFISSÃO: APOSENTADO	
RG: 14.259.170-9 SESP/SC	CPF: 006.425.408-96
ENDEREÇO: RUA UBAZINHO EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43)998685317	

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, 31 de 08 de 23.

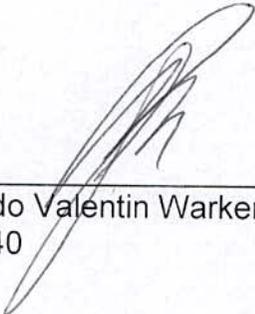
Adileuza Souza dos Anjos *Isalino Vicente dos Anjos*

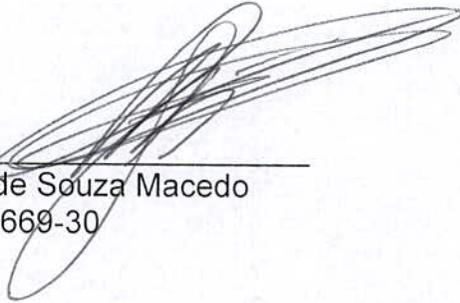
DECLARANTE

DECLARANTE

ADILEUZA DE SOUZA DOS ANJOS

ISALINO VICENTE DOS ANJOS

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

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