

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: ELAINE LEACHENSKI BORGES	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: CASADA	
PROFISSÃO: CAIXA	
RG: 10868670-7 SESP/PR	CPF: 067.970.999-19
ENDEREÇO: RUA BRUNO SLONIK, 15, CAMPAO EM CANDIDO DE ABREU/PR	
TELEFONE: (43) 99920-8270 (43) 99603-9201	

DECLARANTE:

NOME: LEANDRO GALO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: CASADO	
PROFISSÃO: CONSTRUTOR	
RG: 7992618-3 SESP/PR	CPF: 043.871.329-06
ENDEREÇO: RUA BRUNO SLONIK, 15, CAMPAO EM CANDIDO DE ABREU/PR	
TELEFONE: (43) 99920-8270 (43) 99603-9201	

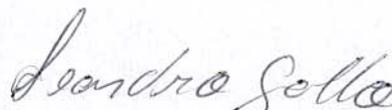
DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas da lei, que minha renda familiar é de até 05 (cinco) salários mínimos, conforme art. 1º do Provimento 02/2022 do Moradia Legal e que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha 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.



DECLARANTE

ELAINE LEACHENSKI BORGES



DECLARANTE

LEANDRO GALO

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2

Nome: Gabriel de Souza Macedo
CPF: 100.117.669-30