

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: LENIR ROSA DOS SANTOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: VIUVA	
PROFISSÃO: APOSENTADA	
RG: 4.700.357-1 SESP/PR	CPF: 053.203.019-28
ENDEREÇO: RUA ROGACIANO ANTUNES RIBEIRO, 252, CAMPÃO, EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43) 99636-1098	

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, 01 de 09 de 23.

Lenir Rosa Santos
DECLARANTE

LENIR ROSA DOS SANTOS

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

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