

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: CLEUNICE VIANA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: UNIAO ESTAVEL	
PROFISSÃO: AGRICULTORA	
RG: 9.017.995-0 SESP/PR	CPF: 051.908.069-60
ENDEREÇO: RUA UBAZINHO EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43)99643-9491	

DECLARANTE:

NOME: PEDRO LACERDA ROMANEK	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: UNIAO ESTAVEL	
PROFISSÃO: AGRICULTOR	
RG: 8.221.387-2 SESP/PR	CPF: 045.342.829-07
ENDEREÇO: RUA UBAZINHO EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43)99643-9491	

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

CLEUNICE VIANA

Cleunice Viana

DECLARANTE

PEDRO LACERDA ROMANEK

Pedro Lacerda Romaneck

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2

Nome: Gabriel de Souza Macedo
CPF: 100.117.669-30