

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

| | |
|---|------------------|
| NOME: Agenor Pedro da silva | |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO | |
| ESTADO CIVIL: SOLTEIRO | |
| PROFISSÃO: APOSENTADO | |
| RG: 4.761.231-4 SESP/PR | CPF: 71042903972 |
| ENDEREÇO: R LADISLAU PAZIO,217 EM CANDIDO DE ABREU/ | |
| TELEFONE: (43) 98498-0909 | |

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, 17 de Setembro de 2023.

não alfabetizado

DECLARANTE

Agenor Pedro da silva

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

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