

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

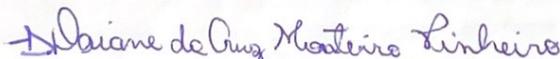
NOME: DAIANE DA CRUZ MONTEIRO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: CASADA	
PROFISSÃO: DO LAR	
RG: 12.332.668-7 SESP/PR	CPF: 088.270.009-09
ENDEREÇO: RUA SIQUEIRA CAMPOS, Nº116, EM FÊNIX/PR	
TELEFONE: (44) 99912-9536 - (44) 99700-3368	

DECLARANTE:

NOME: GHILLIARD CAMPOS PINHEIRO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: CASADO	
PROFISSÃO: AUTÔNOMO	
RG: 8.167.123-0 SESP/PR	CPF: 221.443.228-08
ENDEREÇO: RUA SIQUEIRA CAMPOS, Nº116, EM FÊNIX/PR	
TELEFONE: (44) 99912-9536 - (44) 99700-3368	

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).

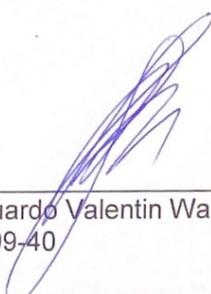
FÊNIX – PR, 26 de 10 de 23.


DECLARANTE

DAIANE DA CRUZ MONTEIRO


DECLARANTE

GHILLIARD CAMPOS PINHEIRO

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

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