

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: SARA BIFFI ESTEFANI	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	
PROFISSÃO: DO LAR	
RG: 13.751.152-5 SESP/PR	CPF: 106.492.339-99
ENDEREÇO: RUA LIBERDADE, Nº36 EM FENIX/PR	
TELEFONE: (44) 99955-1528	

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).

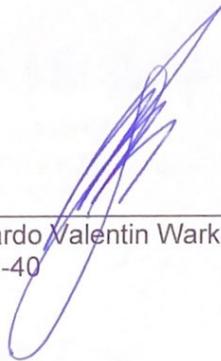
FÊNIX – PR, 26 de 10 de 23.

Sara Biffi Estefani

DECLARANTE

SARA BIFFI ESTEFANI

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



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

