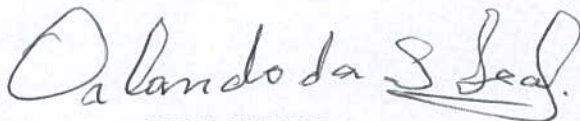


## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

|   |                     |
|---|---------------------|
| NOME: Orlando da Silva Leal   |                     |
| NACIONALIDADE: Brasileiro   |                     |
| ESTADO CIVIL: Viúvo   |                     |
| PROFISSÃO: Aposentado   |                     |
| RG: 12.698.985 SESP/SC  | CPF: 251.056.719-53 |
| ENDEREÇO: Rua Gumercindo Maciel, nº07, Eloy Petry em Clevelândia/PR |                     |
| TELEFONE: (46) 99934-0130   |                     |

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).

Barbosa Ferraz – PR, 13 de 07 de 23.



**DECLARANTE**

Orlando da Silva Leal

**DECLARANTE**

Nome conjuge

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken  
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2

Nome: Gabriel de Souza Macedo  
CPF: 100.117.669-30