

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Leonilda Augustinha Barbosa	
NACIONALIDADE: Brasileira	
ESTADO CIVIL: Casada	
PROFISSÃO: Aposentada	
RG: 4.963.853-0 SESP/SC	CPF: 500.924.219-20
ENDEREÇO: Rua Flores, nº520, Trigolândia em Pien/PR	
TELEFONE: S/n	

NOME: Flores Barbosa	
NACIONALIDADE: Brasileiro	
ESTADO CIVIL: Casado	
PROFISSÃO: Aposentado	
RG: 2.011.578 SESP/SC	CPF: 293.053.229-72
ENDEREÇO: Rua Flores, nº520, Trigolândia em Pien/PR	
TELEFONE: S/n	

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).

Piên – PR, 20 de 07 de 23.

Leonilda A Barbosa

DECLARANTE

Leonilda Augustinha Barbosa

FLORES

DECLARANTE

Flores Barbosa

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2

Nome: Gabriel de Souza Macedo
CPF: 100.117.669-30