

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: Patricia de Souza Rosemberger Mastrangelo	
NACIONALIDADE: Brasileira	
ESTADO CIVIL: Casada	
PROFISSÃO: Enfermeira	
RG: 10.555.699-3 SESP/PR	CPF: 074.837.229-67
ENDEREÇO: Rua Ermelindo Diniz Moura, nº1581, Cruzeirozinho em Guaíra/PR	
TELEFONE: (44) 99940-4104	

DECLARANTE:

NOME: Rafael Mastrangelo dos Santos	
NACIONALIDADE: Brasileiro	
ESTADO CIVIL: Casado	
PROFISSÃO: Agricultor	
RG: 348303361 SESP/SP	CPF: 079.786.959-05
ENDEREÇO: Rua Ermelindo Diniz Moura, nº1581, Cruzeirozinho em Guaíra/PR	
TELEFONE: (44) 99940-4104	

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).


Guaíra – PR, 28 de 07 de 23.



DECLARANTE

Patricia de Souza Rosemberger
Mastrangelo


DECLARANTE

Rafael Mastrangelo dos Santos

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

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