

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

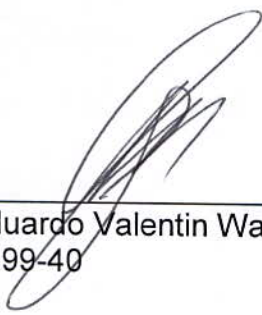
| | |
|---|---------------------|
| NOME: Edite Rosa Dias | |
| NACIONALIDADE: Brasileira | |
| ESTADO CIVIL: Viúva | |
| PROFISSÃO: APosentada | |
| RG: 14.299.630-8 SESP/PR | CPF: 703.769.489-49 |
| ENDEREÇO: Rua Manoel Rangel de Lima, nº1053, Cruzeirinho em Guaíra/PR | |
| TELEFONE: (44) 99838-8072 | |

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

Edite Rosa Dias

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

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