

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

### DECLARANTE:

NOME: EDINEIA ROSA CELARIUS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: CASADA	
PROFISSÃO: VENDEDORA	
RG: 9571320-3 SESP/PR	CPF: 068.486.409-64
ENDEREÇO: RUA RIVADAVIA TABORDA, Nº 313, Balsa Velha em Cândido de Abreu/PR	
TELEFONE: (43) 99953-4843 – (43) 99628-5774	

### DECLARANTE:

NOME: ARIELSON FARIAS CELARIUS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: CASADO	
PROFISSÃO: MONTADOR DE MÓVEIS	
RG: 8.172.494 SESP/SC	CPF: 066.331.449-62
ENDEREÇO: RUA RIVADAVIA TABORDA, Nº 313, Balsa Velha em Cândido de Abreu/PR	
TELEFONE: (43) 99953-4843 – (43) 99628-5774	

**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).

Cândido de Abreu – PR, 31 de 08 de 23.

*Edineia Rosa Celarius*

DECLARANTE

EDINEIA ROSA CELARIUS

*Arielson Farias Celarius*

DECLARANTE

ARIELSON FARIAS CELARIUS

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken  
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2

Nome: Gabriel de Souza Macedo  
CPF: 100.117.669-30