

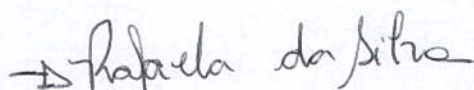
## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

### DECLARANTE:

|   |                     |
|---|---------------------|
| NOME: RAFAELA DA SILVA  |                     |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRA   |                     |
| ESTADO CIVIL: CASADA  |                     |
| PROFISSÃO: COMERCIANTE  |                     |
| RG: 9.571.216-9 SESP/PR   | CPF: 072.000.559-05 |
| ENDEREÇO: RUA ANTONIO MAZAROTO, 252, CENTRO, EM CANDIDO DE ABREU/PR |                     |
| TELEFONE: (43) 99604-7090 – (43) 99848-8696                         |                     |

**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.



DECLARANTE

RAFAELA DA SILVA

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken  
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2

Nome: Gabriel de Souza Macedo  
CPF: 100.117.669-30