

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: ROZANA ORTIZ SAWICKI	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL	
PROFISSÃO: DO LAR	
RG: 9.024.527-9	CPF: 084.981.589-40
ENDEREÇO: RUA CEREJEIRA, S/N, MONTE VERDE EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43) 99609-4355	

DECLARANTE:

NOME: RAIMUNDO DOS SANTOS FARIAS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL	
PROFISSÃO: APOSENTADO	
RG: 6.587.698-1 SESP/PR	CPF: 054.206.729-36
ENDEREÇO: RUA CEREJEIRA, S/N, MONTE VERDE EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43) 99609-4355	

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, 01 de 09 de 23.

Rozana Ortiz

DECLARANTE

ROZANA ORTIZ SAWICKI

Raimundo S Farias

DECLARANTE

RAIMUNDO DOS SANTOS FARIAS

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2

Nome: Gabriel de Souza Macedo
CPF: 100.117.669-30