

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: ARIANA IENY DE OLIVEIRA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: CASADA	
PROFISSÃO: SECRETARIA	
RG: 8.758.359-0 SESP/PR	CPF: 858.393.649-08
ENDEREÇO: R RIVADAVIA TABORDA PEREIRA, 150 CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43)98449-8489	

DECLARANTE:

NOME: MARCOS PAULO COSTALONGA DOS SANTOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: CASADO	
PROFISSÃO: GERENTE COMERCIAL	
RG: 4.414.438-7 SESP/PR	CPF: 896.786.309-82
ENDEREÇO: R RIVADAVIA TABORDA PEREIRA, 150 CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43)98449-8489	

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, 12 de Outubro de 2022.

Ariana Ieny de Oliveira

DECLARANTE

ARIANA IENY DE OLIVEIRA

Marcos Paulo Costalonga dos Santos

DECLARANTE

MARCOS PAULO COSTALONGA DOS
SANTOS

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

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