

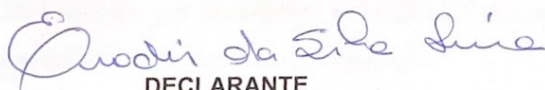
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

| | |
|---|---------------------|
| NOME: ERODIR DA SILVA LIMA | |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRA | |
| ESTADO CIVIL: SOLTEIRA | |
| PROFISSÃO: APOSENTADA | |
| RG: 4.294.997-3 SESP/PR | CPF: 565.762.349-53 |
| ENDEREÇO: RUA 07 DE SETEMBRO, S/N EM FENIX/PR | |
| TELEFONE: (44) 99743-9188 | |

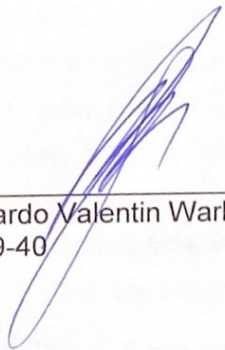
DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas da lei, que minha renda familiar é de até 05 (cinco) salários mínimos, conforme art. 1º do Provimento 02/2022 do Moradia Legal e que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha 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).

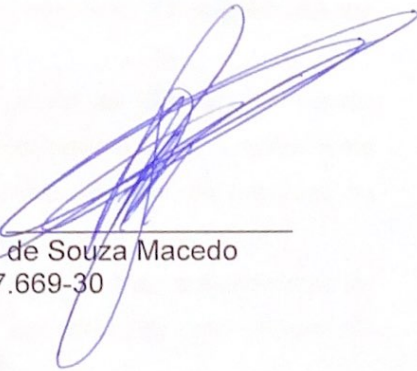
FÊNIX – PR, 26 de 10 de 23.



DECLARANTE

ERODIR DA SILVA LIMA

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

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