

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: ELIDIANE APARECIDA MARTINS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL	
PROFISSÃO: DO LAR	
RG: 03/06/2023	CPF: 046.065.799-27
ENDEREÇO: RUA RUI BARBOSA, Nº98 EM FÊNIX/PR	
TELEFONE: (44) 99718-1868	

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, 30 de 10 de 23.

Elidiane Aparecida Martins

DECLARANTE

ELIDIANE APARECIDA MARTINS

Valmir da Silva

DECLARANTE

VALMIR 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