

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

### DECLARANTE:

NOME: LUCICLÉIA DE SOUZA SILVA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: CASADA	
PROFISSÃO: DO LAR	
RG: 21.274.288-8 SESP/RS	CPF: 059.249.209-50
ENDEREÇO: RUA ITAGIBA, Nº98, PORTO ALEGRE/PR	
TELEFONE: (51) 9 8152-4264	

### DECLARANTE:

NOME: ROBSON ZANARDI DOS SANTOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: CASADO	
PROFISSÃO: CHURRASQUEIRO	
RG: 81.189.141-03 SJS/II RS	CPF: 059.624.729-00
ENDEREÇO: RUA ITAGIBA, Nº98, PORTO ALEGRE/PR	
TELEFONE: (51) 9 8152-4264	

**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).

CLEVELÂNDIA – PR, 21 de março de 2024

DECLARANTE

LUCICLÉIA DE SOUZA SILVA

*Lucicléia de Souza Silva*

DECLARANTE

ROBSON ZANARDI DOS SANTOS

*Robson Zanardi dos Santos*