

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: APARECIDA DA LUZ DOS SANTOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: CASADA	
PROFISSÃO: APOSENTADA	
RG: 5.684.264-0 SESP/PR	CPF: 014.758.769-71
ENDEREÇO: RUA ARCHILES MARTINS, Nº554, VILA OPERÁRIA EM MAMBORÊ/PR	
TELEFONE: (44) 9 9954-1229	

DECLARANTE:

NOME: RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: CASADO	
PROFISSÃO: APOSENTADO	
RG: 3.757.749-9 SESP/PR	CPF: 782.582.279-04
ENDEREÇO: RUA ARCHILES MARTINS, Nº554, VILA OPERÁRIA EM MAMBORÊ/PR	
TELEFONE: (44) 9 9954-1229	

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).

Mamborê – PR, 03 de abril de 2024

DECLARANTE

APARECIDA DA LUZ DOS SANTOS

aparecida da Luz dos Santos

DECLARANTE

RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS

Raimundo Jose dos Santos

