

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Lucineia Pontes dos Santos	
NACIONALIDADE: Brasileira	
ESTADO CIVIL: Solteira	
PROFISSÃO: Do lar	
RG: 10.353.710-0-SC	CPF: 073.429.299-64
ENDEREÇO: Rua Adelina Frida Kreling, nº 54, Nelson Eloi Petry, Clevelândia-PR	
TELEFONE: (46) 99977-3253 – (46) 99909-7664	

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, 13 de 07 de 23.

Lucineia P. dos Santos

DECLARANTE

Lucineia Pontes dos Santos

DECLARANTE

Nome conjuge

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2

Nome: Gabriel de Souza Macedo
CPF: 100.117.669-30