

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Marionilza Aparecida Soares	
NACIONALIDADE: Brasileira	
ESTADO CIVIL: União estável	
PROFISSÃO: Doméstica	
RG: 4.820.897-5 SESP/PR	CPF: 046.709.049-14
ENDEREÇO: Rua Adelina Frida Kreling, nº230, Eloy Petry em Clevelandia	
TELEFONE: (46) 99926-5456	

NOME: Setembrino Pinto	
NACIONALIDADE: Brasileiro	
ESTADO CIVIL: União estável	
PROFISSÃO: Prestador de Serviços Gerais	
RG: 7.659.235 SESP/SC	CPF: 038.693.069-47
ENDEREÇO: Rua Adelina Frida Kreling, nº230, Eloy Petry em Clevelandia	
TELEFONE: (46) 99926-5456	

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).

Barbosa Ferraz – PR, 10 de 07 de 23.

*Marionilza Aparecida Soares*

**DECLARANTE**

Marionilza Aparecida Soares

**DECLARANTE**

Setembrino Pinto

*Setembrino Pinto*

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken  
CPF: 114.474.299-40

*[Assinatura]*

Testemunha 2

Nome: Gabriel de Souza Macedo  
CPF: 100.117.669-30

*[Assinatura]*