

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: Josefa de Fatima Viana Santana Mastrangelo	
NACIONALIDADE: Brasileira	
ESTADO CIVIL: Casada	
PROFISSÃO: Diretora	
RG: 4.252.561-8 SESP/PR	CPF: 783.965.819-91
ENDEREÇO: Rua Anesio Montanhini, S/n, Cruzeiroirinho em Guaíra/PR	
TELEFONE: (44) 99123-2143	

DECLARANTE:

NOME: Paulo Itamar Mastrangelo	
NACIONALIDADE: Brasileiro	
ESTADO CIVIL: Casado	
PROFISSÃO: Agricultor	
RG: 3.513.944-3 SESP/PR	CPF: 499.081.209-30
ENDEREÇO: Rua Anesio Montanhini, S/n, Cruzeiroirinho em Guaíra/PR	
TELEFONE: (44) 99123-2143	

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).

Guaíra – PR, 28 de 07 de 23.



DECLARANTE

Josefa de Fatima Viana Santana
Mastrangelo



DECLARANTE

Paulo Itamar Mastrangelo

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2

Nome: Gabriel de Souza Macedo
CPF: 100.117.669-30