

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: ROSALIA ALBUQUERQUE DA SILVA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: CASADA	
PROFISSÃO: APOSENTADA	
RG: 2.245.251-7 SESP/PR	CPF: 031.794.119-45
ENDEREÇO: RUA ANTONIO JOSÉ DE PAULA, Nº1440, CRUZEIRINHO EM GUAÍRA/PR	
TELEFONE: (44)99912-3870	

DECLARANTE:

NOME: JOÃO PAULO MACHADO DA SILVA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: CASADO	
PROFISSÃO: AGRICULTOR	
RG: 3388941-0 SESP/PR	CPF: 333.149.859-91
ENDEREÇO: RUA ANTONIO JOSÉ DE PAULA, Nº1440, CRUZEIRINHO EM GUAÍRA/PR	
TELEFONE: (44)99912-3870	

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, 04 de 08 de 23

Rosalia Albuquerque da Silva

DECLARANTE

ROSALIA ALBUQUERQUE DA SILVA

João Paulo Machado da Silva

DECLARANTE

JOÃO PAULO MACHADO DA SILVA

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2

Nome: Gabriel de Souza Macedo
CPF: 100.117.669-80