

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: OLINDA MARTINS DE SOUZA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: CASADA	
PROFISSÃO: DOMESTICA	
RG: 3.803.488-8 SESP/PR	CPF: 001.788.699-97
ENDEREÇO: RUA HENRIQUE KUBYSTY, S/N, NUCLEO COLONIAL URBANO EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: S/N	

DECLARANTE:

NOME: PEDRO ALVES DE SOUZA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: CASADO	
PROFISSÃO: APOSENTADO	
RG: 3.044.120-6 SESP/PR	CPF: 339.093.779-04
ENDEREÇO: RUA HENRIQUE KUBYSTY, S/N, NUCLEO COLONIAL URBANO EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: S/N	

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).

Cândido de Abreu – PR, 29 de 08 de 23.

Olinda Martins de Souza

DECLARANTE

OLINDA MARTINS DE SOUZA

Pedro Alves de Souza

DECLARANTE

PEDRO ALVES DE SOUZA

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2

Nome: Gabriel de Souza Macedo
CPF: 100.117.669-30