

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

### DECLARANTE:

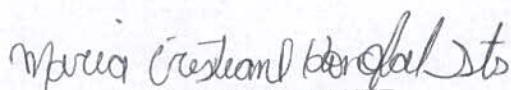
NOME: MARIA CRISTIANE KONOFAL	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: CASADA	
PROFISSÃO: DO LAR	
RG: 10.170.033-0	CPF: 057.185.069-30
ENDEREÇO: RUA UBAZINHO, S/N, DESPLANCHES EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43) 99663-8659	

### DECLARANTE:

NOME: ROSEVALDO SOUZA DOS SANTOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: CASADO	
PROFISSÃO: MESTRE DE OBRAS	
RG: 9568460-2 SESP/PR	CPF: 056.938.349-80
ENDEREÇO: RUA UBAZINHO, S/N, DESPLANCHES EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43) 99663-8659	

**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).

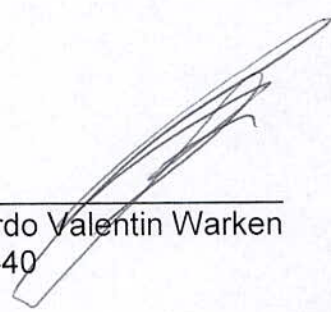
Cândido de Abreu – PR, 01 de 09 de 23.

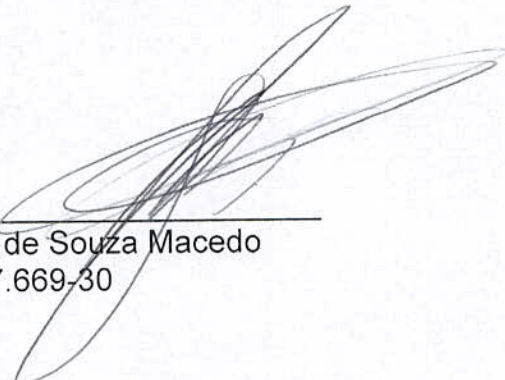
  
DECLARANTE

MARIA CRISTIANE KONOFAL

  
DECLARANTE

ROSEVALDO SOUZA DOS SANTOS

Testemunha 1   
Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken  
CPF: 114.474.299-40

Testemunha 2   
Nome: Gabriel de Souza Macedo  
CPF: 100.117.669-30