

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: JUCINEIDE ROECKER SCANDOLARA MARTINS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
ESTADO CIVIL: CASADA	
PROFISSÃO: DO LAR	
RG: 8431535-4 SESP PR	CPF: 047.055.609-90
ENDEREÇO: R RIVADAVIA TABORDA PEREIRA, 136 EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43)98475-7969	

DECLARANTE:

NOME: MARCELO IENE MARTINS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
ESTADO CIVIL: CASADO	
PROFISSÃO: SUPERVISOR DE DISTRIBUIÇÃO	
RG: 8402753-7 SESP/PR	CPF: 051.343.509-30
ENDEREÇO: R RIVADAVIA TABORDA PEREIRA, 136 EM CANDIDO DE ABREU	
TELEFONE: (43)98475-7969 .	

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, 14 de SETEMBRO de 2023.


DECLARANTE

JUCINEIDE ROECKER SCANDOLARA
MARTINS


DECLARANTE

MARCELO IENE MARTINS

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

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