

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

NOME: Lucia Helena da Cruz Bicalho	
NACIONALIDADE: Brasileira	
ESTADO CIVIL: Casada	
PROFISSÃO: Aposentada	
RG: 52.938.935-6 SESP/SP	CPF: 225.858.078-19
ENDEREÇO: Rua Paraíba, nº117, Vila Bento	
TELEFONE: (44) 9 8860-9985	

DECLARANTE:

NOME: Elicio Viegas Bicalho	
NACIONALIDADE: Brasileiro	
ESTADO CIVIL: Casado	
PROFISSÃO: Aposentado	
RG: 60.801.216-0 SESP/PR	CPF: 734.983.609-06
ENDEREÇO: Rua Paraíba, nº117, Vila Bento	
TELEFONE: (44) 9 8860-9985	

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 Conselho Nacional de Justiça, 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).

BARBOSA FERRAZ – PR, 23 de Janeiro de 2024.

DECLARANTE

Lucia Helena da Cruz Bicalho

Lucia Helena da Cruz Bicalho

Testemunha 1

Nome: Carlos Eduardo Valentin Warken
CPF: 114.474.299-40

DECLARANTE

Elicio Viegas Bicalho



Testemunha 2

Nome: Matheus Henrique Juvenasso
CPF: 090.501.029-99

