

DADOS PESSOAIS

Nome:		
CPF:	RG:	
Nascimento:	Estado Civil:	
Profissão:	Escolaridade:	
Endereço:	Cidade:	
Estado:	País:	
CEP:	Telefones:	
Endereço eletrônico (e-mail):		

AUTORIZAÇÃO DE QUEBRA DE SIGILO

Autorizo a Defensoria Pública, na defesa de meus interesses, a requisitar minhas informações de quem quer que as tenham, ainda que isso implique em quebra de sigilo profissional, médico, fiscal, bancário e financeiro.

OUTORGA DE PODERES

Outorgo à Defensoria Pública poderes para a defesa de meus interesses nas esferas judicial e extrajudicial, bem como para requerer, transacionar, reconhecer a procedência de pedidos e desistir de demandas.

,
(Local e data)

(Assinatura)

