

**Preencher o formulário antes de imprimir!**

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade/passaporte nº \_\_\_\_\_, expedido por (pelo) \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_, com validade até \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, reside em (na/no/nos) \_\_\_\_\_ no seguinte endereço: \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ DECLARO para fins de prova junto à Defensoria Pública, que sou carente de recursos, não dispondo de condições econômicas para custear honorários de advogado particular no Brasil e tampouco arcar com as custas e despesas de processos judiciais sem sacrifício do meu sustento e de minha família. Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

### 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 recorrer, transacionar, reconhecer a procedência de pedidos e desistir de demandas.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

