

DADOS PESSOAIS

Nome:	<input type="text"/>		
CPF:	<input type="text"/>	RG:	<input type="text"/>
Nascimento:	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="text"/>
Profissão:	<input type="text"/>	Escolaridade:	<input type="text"/>
Endereço:	<input type="text"/>	Cidade:	<input type="text"/>
Estado:	<input type="text"/>	País:	<input type="text"/>
CEP:	<input type="text"/>	Telefones:	<input type="text"/>
Endereço eletrônico (e-mail):	<input type="text"/>		

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(Local e data)

(Assinatura)

