



ANEXO I

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA/AUTORIZAÇÃO

(REDAÇÃO DADA PELA RESOLUÇÃO N.º 009/2020)

Eu, _____, nacionalidade, estado civil, profissão, portador do RG n° _____ SSP/SE, inscrito sob o CPF n° _____, residente e domiciliado _____, CEP: _____, e-mail: _____, telefones: (____) _____. **DECLARO**, sob as penas da lei, com base na Lei n° 7.115, de 29/08/1983, e para a finalidade da Lei n° 13.105/2015 e da Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que **NÃO** possuo condições econômicas de arcar com o pagamento das custas processuais e/ou honorários advocatícios, sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração. Declaro, ainda, que resido no endereço acima indicado. **AUTORIZO** a Defensoria Pública do Estado de Sergipe a requisitar e ter vistas de meus dados bancários, contratos bancários, empréstimos, extratos em conta corrente, dados do SISBACEN, bem como de outras informações, de quem quer que as tenham, ainda que isso implique quebra de sigilo profissional, médico, fiscal, bancário e financeiro, bem como **AUTORIZO** a Defensoria Pública a divulgá-las a órgãos públicos e médicos quando isso se fizer necessário ao exercício das atribuições da Defensoria para exercício dos meus direitos. **AUTORIZO** a Defensoria Pública do Estado de Sergipe a requisitar e ter vistas de meu prontuário médico ou ficha médica, nos termos do artigo 5º da Resolução n° 1.605/2000 do Conselho Federal de Medicina, bem como de outras informações, de quem quer que as tenham, ainda que isso implique quebra de sigilo profissional, médico, fiscal, bancário e financeiro. **COMPROMETO-ME** a manter atualizado meu telefone e meu endereço, comunicando à Defensoria Pública futuras alterações, ciente de que será reputada válida qualquer notificação realizada nos endereços e telefones constantes desta declaração. **DECLARO** estar ciente que as cópias dos documentos depositados na Defensoria Pública não serão restituídas e que a defensoria não recebe a via original dos documentos. **DECLARO**, igualmente, estar plenamente ciente que a falsidade da presente declaração implica o pagamento de multa de até o décuplo do valor das despesas processuais, conforme prevê o art. 100, parágrafo único, do CPC. **FICO ADVERTIDO** de que ao me ausentar nos atendimentos, o procedimento será arquivado sem notificação, devendo retornar à triagem para novo agendamento.

Local, data.

ASSINATURA