

TERMO DE DENEGAÇÃO DE ATENDIMENTO/DEVOLUÇÃO DE OFÍCIO

1. Dados Gerais

Nome do advogado/entidade: _____

Nome do Assistido: _____

Data: _____

2. Matéria relacionada à demanda solicitada:

- Cível Família Fazenda Pública Infância e Juventude Cível
 Infância e Juventude Criminal Tribunal do Júri Criminal (conhecimento)
 Criminal (execução)

3. Breve descrição da medida pretendida:

4. Razões de denegação do atendimento:

- Não caracterização da hipossuficiência; Medida manifestamente incabível;
 Medida inconveniente aos interesses da parte. Quebra de Confiança

5. Exposição sucinta e clara dos motivos de negativa de patrocínio:

_____ (Assinatura do advogado/a)

_____ (Nome do advogado/a)

(Assinatura dispensável em caso de encaminhamento por e-mail)

Cidade, ___/___/___

Eu, _____ (Nome do assistido), declaro estar ciente da decisão que denegou o atendimento de minha pretensão e que devo retornar à Defensoria Pública em caso de recurso por quebra de confiança.

Atesto, também, ciência da possibilidade de apresentar recurso, no prazo de 15 (quinze) dias a contar de hoje, que deverá ser protocolado diretamente na Regional/Unidade da Defensoria Pública que realizou meu encaminhamento à entidade, em caso de denegação por não caracterização da hipossuficiência, medida manifestamente incabível ou medida inconveniente aos meus interesses.

_____ (Assinatura do/a assistido/a)

(Assinatura dispensável em caso de encaminhamento por e-mail)