

Requerimento para Auxílio Mensal.

Senhor PRESIDENTE DA CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ

O advogado (a) _____

OAB/PR nº. _____ Estado Civil _____

Endereço _____ Nº. _____ Ap. _____

Cidade: _____ Estado _____ CEP _____

Telefone: () _____ E-mail _____

REQUER

AUXÍLIO MENSAL

Por motivo de Saúde, comprovando incapacidade temporária para o exercício da advocacia, na conformidade do atestado médico, que anexa.

INFORMA: () Estar inscrito na OAB/PR há mais de 1 ano.
() Possuir Plano de Saúde oficial, ou particular. Qual? _____
() Não possuir Plano de Saúde.

Se deferido o pedido, valor do benefício poderá ser:

() Pago por cheque nominal ao requerente, encaminhado à Subseção local da OAB/PR;
() Creditado em conta bancária nominal do requerente:

Banco _____ Agência nº. _____

Conta Corrente _____ Cidade _____

Conta Poupança _____ Agência _____

_____, _____ de _____ de 20____
Local e data.

Nestes Termos
Pede Deferimento.

Assinatura

=====
Documentos válidos e que, necessariamente, devem ser anexados ao requerimento:

- () Atestado médico, indicativo do CID- Código Internacional da Doença, e do período de afastamento.
- () Cópia da Declaração do Imposto de Renda familiar, entregue na Receita Federal (último exercício).
- () Comprovante de atual e efetivo exercício da advocacia.
- () Carteira de Advogado inscrito na OAB/PR (em fotocópia).

**Obs.: Documentos apresentados em fotocópias devem ser autenticados; ou:
Certificar o próprio advogado requerente que cada fotocópia confere com o original.**