

Requerimento para Auxílio Maternidade

Senhor Diretor da CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ

A Advogada _____,

OAB/PR nº _____,

com endereço à Rua _____ Nº _____ Ap. _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Fone () _____ E-mail: _____

REQUER, na forma estatutária,

AUXÍLIO MATERNIDADE

() Estar inscrita na OAB/PR há mais de 01 (um) ano.

Pelo nascimento do (a) filho (a) _____

ocorrido em _____ de _____ de 20 _____.

() Se deferido o benefício, solicito que o valor seja depositado em minha conta bancária nominal.

() Autorizo o depósito em conta conjunta: Nome do titular _____

() Pago por cheque nominal ao requerente, encaminhado à Subseção local da OAB/PR.

Banco _____ Agência _____ Cidade _____

Conta Corrente nº _____ Conta Poupança nº. _____ UF () _____

_____, _____ de _____ de 20 _____.

Local e data.

Nestes termos, pede deferimento.

Assinatura

=====
Documentos que, necessariamente, devem ser autenticados e anexados:

() Certidão de nascimento de filho (a).

() Cópia da Carteira de Advogada inscrita na OAB/PR.

Obs.: a) Todos os documentos devem ser entregues devidamente autenticados.

b) Em causa própria, advogado (a) poderá declarar em cada fotocópia, que confere com o original, nos termos da lei.

c) Prazo para requerimento: até 06 (seis) meses a contar do nascimento ou da publicação da sentença de guarda (adoção).