



Requerimento para Auxílios Mensal e/ou Emergencial.

Senhor Presidente da Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná,

O advogado(a) _____

OAB/PR n° _____ Estado civil: _____

Endereço: _____ n° _____ Ap. _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Fone: () _____ Fax: () _____

R E Q U E R, na forma estatutária, o pagamento do(s) benefício(s):

- | |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> AUXÍLIO MENSAL
por motivo de saúde, comprovando incapacidade temporária para o exercício da advocacia, conforme atestado médico juntado.</p> <p>ou</p> <p><input type="checkbox"/> AUXÍLIO EMERGENCIAL
para ajuda no atendimento de despesas de internamento hospitalar, comprovadas com documentos no original.</p> |
|--|

INFORMA:

- Possuir Plano de Saúde oficial, ou particular. Qual? _____
- Não possuir Plano de Saúde.
- Depósito em minha conta corrente:
Banco: _____ Agência _____
- C/c n°. _____ Cidade: _____ () _____

_____, _____ de _____ de 200__
Local e data

Nestes Termos
Pede Deferimento.

Assinatura

=====
Documentos que necessariamente devem ser anexados, sob pena de indeferimento liminar do pedido:

- Atestado médico, com indicação do C. I. D. - Código Internacional de Doenças (Original, ou fotocópia autenticada. O próprio advogado pode também autenticar a fotocópia, declarando que confere com o original, apondo sua assinatura e n° da OAB/PR).
- Cópia(s) da Declaração do Imposto de Renda familiar entregue na Receita (último exercício).
- Cópia da Carteira de Identidade de inscrito na OAB/PR (cópia autenticada, idem supra).
- Comprovante de atual exercício da advocacia.
- Para Auxílio Emergencial: Notas Fiscais e Recibos originais, de pagamentos realizados a hospitais e médicos.
- Obs.: Para depósito em conta corrente, o titular da conta deve ser o próprio requerente do Auxílio.**