

Requerimento reembolso de consulta médica.

SENHOR PRESIDENTE DA CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ

O Advogado (a) _____

Com endereço à Rua _____ N° _____ ap. _____

Cidade: _____ Estado _____ CEP: _____

Telefone () _____ Fax () _____

REQUER,

O pagamento a título de reembolso, correspondente a consulta médica
realizada no dia ____/____/____.

() depósito em conta corrente

Banco: _____ Agência: _____

C/C: _____ Cidade: _____

_____, ____ de _____ de 200__
Local e data

Nestes Termos
Pede Deferimento

Assinatura

=====

Documento a ser necessariamente anexado:

() recibo originalmente emitido em nome do advogado(a) ou de seus dependentes cadastrados
na CAA/PR.