

## Requerimento para Auxílio Mensal

Senhor Diretor 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 01 (um) ano.  
( ) Possuir Plano de Saúde oficial, ou particular. Qual? \_\_\_\_\_  
( ) Não possuir Plano de Saúde.

( ) 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 nº. \_\_\_\_\_

Conta Corrente \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Conta Poupança \_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Local e data.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

=====

#### *Documentos que, necessariamente, devem ser autenticados e anexados:*

- ( ) 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 (ex: publicações, certidões de secretarias/varas).
- ( ) Cópia da Carteira de Advogado (a) de inscrito (a) 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.