

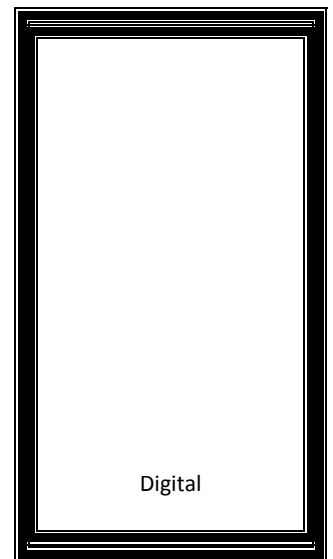
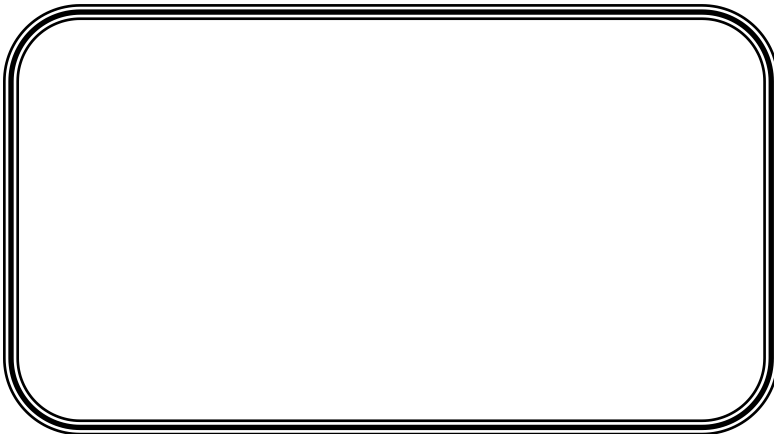
Exmo. Sr Presidente da OAB/TO
Dr. Gedeon Batista Pitaluga Júnior

PROTOCOLO
GERAL

O (a) Advogado (a), infra-assinado (a), Inscrito com OAB/TO N° _____
requer respeitosamente, para o que declara.



2º Via Cartão Com Troca do Biométrico



Obs.:

Assinatura: (Favor assinar no espaço delimitado, com **caneta preta** ou **azul** de ponta grossa)

Foto 3 X 4: Com fundo Branco

Digital: Polegar direito (tinta preta)

CADASTRO/C.S.I.

TESOURARIA

CADASTRO

EMISSÃO DO DOCUMENTO

DATA ____/____/20____

HORA: ____: ____

OAB/TO INFORMA: O PRAZO PARA A ENTREGA DO(S) DOCUMENTO(S) SOLICITADO(S) É DE 15 A 20 DIAS UTEIS.



| | |
|---|--|
| DADOS PESSOAIS | NOME: _____ |
| | OAB/TO Nº _____ Nº DE SEGURANÇA DO CARTÃO OAB/TO _____ |
| | NOME DO PAI: _____ |
| | NOME DA MÃE: _____ |
| | DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| NATURALIDADE: _____ UF: _____ NACIONALIDADE: _____ | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | LOGRADOURO: _____ Nº _____ |
| | COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____ |
| | CIDADE: _____ UF: _____ TEL. CEL.: (____) _____ TEL. RESIDENCIAL: (____) _____ |
| ENDEREÇO COMERCIAL | LOGRADOURO: _____ Nº _____ |
| | COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____ |
| | CIDADE: _____ UF: _____ TELEFONE FAX: (____) _____ TEL. COMERCIAL: (____) _____ |
| OBS: FAVOR ANEXAR COMPROVANTE DE ENDEREÇO ENVIAR CORRESPONDÊNCIAS PARA ENDEREÇO: RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> OBS: OS DADOS AQUI INFORMADOS SERÃO DISPONIBILIZADOS NO (CNA) – CADASTRO NACIONAL DOS ADVOGADOS QUE É MANTIDO PELO CONSELHO FEDERAL DA OAB, QUE EXERCE A FUNÇÃO DE FIEL REPOSITÓRIO DO CADASTRO DE TODOS OS ADVOGADOS DO BRASIL. | |
| DOCUMENTOS PESSOAIS | CPF: _____ Nº RESERVISTA: _____ |
| | RG: _____ ORGÃO EXPEDIDOR: _____ UF: _____ DATA EXPEDIÇÃO: ____/____/____ |
| | TÍTULO DE ELEITOR: _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____ |
| | CIDADE ELEITORAL: _____ UF ELEITORAL: _____ |
| ENDEREÇO ELETÔNICO | EMAIL 1: _____ |
| | EMAIL 2: _____ |
| | SITE: _____ |
| DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, CONFORME DISPOSIÇÃO DO ART. 8º, INCISO V, DA LEI Nº. 8.906/94, QUE: () NÃO EXERÇO CARGO PÚBLICO: () EXERÇO CARGO PÚBLICO. CARGO/FUNÇÃO: _____ ÓRGÃO: _____ NO ESPAÇO ABAIXO, DESCREVA SOU OU NÃO SOU. NOS TERMOS DO DECRETO N 2.170/97, DECLARO QUE: _____ DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS. | |
| ESTADO CIVIL: _____ CÔNJUGE: _____ | |
| DATA DE COLAÇÃO DE GRAU: ____/____/____ | |
| UNIVERSIDADE: _____ UF: _____ | |
| ESTABELECEERÁ A SEDE PRINCIPAL DE SUA ADVOCACIA NA SUBSEÇÃO DE: _____ NA COMARCA DE _____ ESTADO DE TOCANTINS. | |

Termos em que pede DEFERIMENTO.

Palmas, ____/____/20____.

Assinatura do Requerente