



## ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

O (A) Interessado (a) infra-assinado (a) requer respeitosamente a atualização de seus dados cadastrais:

<b>Requerente</b>	Nome: _____ OAB/TO Nº _____ CPF: _____ SUBSEÇÃO DE VOTAÇÃO: _____ RG: _____ Data de Expedição: _____
<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL</b>	Logradouro: _____ Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ Tel. Cel.: (____) _____ Tel. Residencial: (____) _____
<b>ENDEREÇO COMERCIAL</b>	Logradouro: _____ Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone Fax: (____) _____ Tel. Comercial: (____) _____
<b>OBS: FAVOR ANEXAR COMPROVANTE DE ENDEREÇO</b>  Enviar correspondências para endereço: Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> <b>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.</b>	
<b>ENDEREÇO ELETRÔNICO</b>	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: _____	
Área de Atuação Principal: _____ Estabelecerá a sede principal de sua advocacia na Comarca de _____ Estado de Tocantins.	

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

Palmas – TO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.