



Excelentíssimo Senhor Presidente da OAB/TO,
Dr. Gedeon Batista Pitaluga Júnior

DADOS PESSOAIS	Nome: _____ OAB/TO Nº _____ Nº de Segurança do Cartão OAB/TO _____ CPF Nº.: _____ RG Nº: _____ ORGÃO EXPEDIDOR: _____
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA	Logradouro: _____ Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ Tel. Cel.: (____) _____ Tel. Residencial: (____) _____ E-MAIL: _____
REQUERIMENTO	Vem respeitosamente requerer a Vossa Excelência Cancelamento, conforme o art. 11 do EAOAB, com a opção de: (<input type="checkbox"/>) Assim o requer; (<input type="checkbox"/>) Sofreu penalidade de exclusão; (<input type="checkbox"/>) Faleceu; (<input type="checkbox"/>) Exerce, em caráter definitivo, atividade incompatível com o exercício da advocacia. Por ser verdade o presente, dato e assino. Aguarda Deferimento. Palmas-TO, _____ de _____ de 20 _____. _____ Assinatura OBS.: É necessário estar em situação regular com a Tesouraria desta Seccional para deferimento do pedido. Deve também, juntar o Cartão e a Carteira de Identidade Profissional. O PRAZO PARA DEFERIMENTO DO PEDIDO É DE 30 DIAS ÚTEIS.

C.S.I

TESOURARIA

TED

SECRETÁRIA-GERAL