



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: _____ SITE: _____
REQUERIMENTO	<p>Vem respeitosamente requerer a Vossa Excelência Licenciamento, conforme o art. 12 do EAOAB, com a opção de:</p> <p>() Requer por motivo justificado; () Exerce, em caráter temporário, atividade incompatível com o exercício da advocacia; () Sofre doença mental considerada curável</p> <p>Justificativa:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Por ser verdade o presente, dato e assino. Aguarda Deferimento.</p> <p>Palmas-TO, _____ de _____ de 20 ____.</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura</p> <p>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.</p> <p>O PRAZO PARA ENTREGA DO DOCUMENTO SOLICITADO É DE 30 DIAS ÚTEIS.</p>

C.S.I

TESOURARIA

TED

SECRETÁRIA-GERAL