

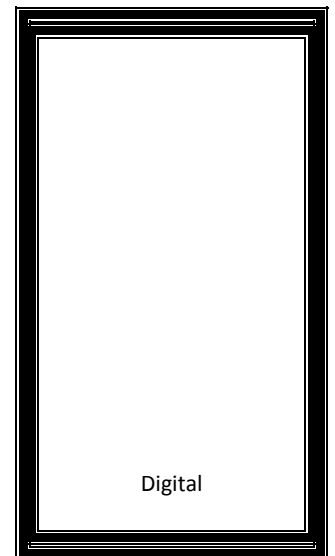
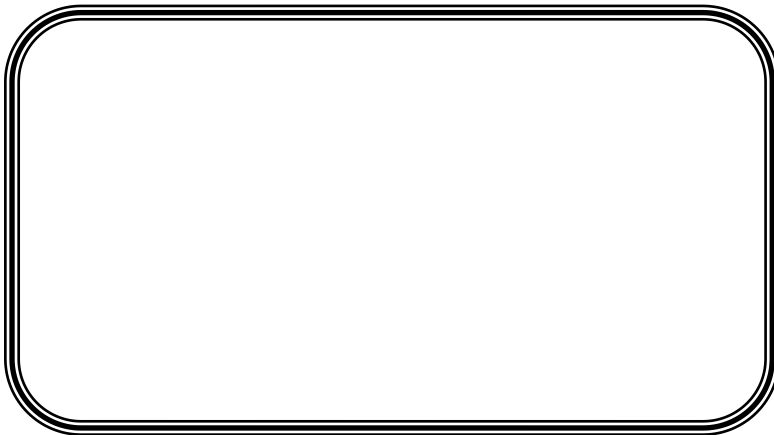
Exmo. Sr Presidente da OAB/TO
Dr. Gedeon Batista Pitaluga Júnior

PROTOCOLO
GERAL

O (A) Advogado (a), infra-assinado (a), Inscrito com OAB/TO Nº
_____, requer respeitosamente seu **RECADASTRAMENTO**.



1º Via Cartão e Carteira de Identidade Profissional;



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