

REQUERIMENTO PARA ISENÇÃO DE ANUIDADE – OAB/MG
ADVOGADO PORTADOR DE ENFERMIDADE
Lei N.º 7.713/88 Art. 6º, XIV

Exmo. Sr.

Dr. Luis Cláudio da Silva Chaves

DD. Presidente da CAA/MG

Eu _____,
inscrito (a) no CPF/MG N.º _____ e
OAB/MG _____, residente a
_____, N.º
_____, Bairro: _____, Cidade:
_____, Minas Gerais, CEP: _____,
Telefone: () _____, e-mail:
_____, requiro nos
termos o Convenio assinado entre a Ordem dos Advogados do Brasil – Seção Minas
Gerais – OAB/MG e a Caixa de Assistência dos Advogados de Minas Gerais –
CAA/MG a isenção do pagamento da anuidade da OAB/MG no ano de
_____, tendo em vista ser portador de
_____.
_____, _____ de _____ de _____.

Local e data

Assinatura

OAB N.º

- Requerimento em formulário próprio
- Atestado médico com o CID-10 e data do início da doença