

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

Exmo. Sr.

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