



Ordem dos Advogados do Brasil
Conselho Seccional Amapá

REQUERIMENTO DE RECONHECIMENTO DA ISENÇÃO DE ANUIDADE E RESTITUIÇÃO DE VALORES RECOLHIDOS.

Requerente:		OAB/AP:	
Logradouro: (Rua, Avenida, Praça, etc.)		Número:	Complemento:
Bairro:	Município:	UF	CEP:
DDD:	Telefone/ Fax	E-mail:	

A advogada acima identificada, vem requerer o reconhecimento da isenção, nos termos da Resolução nº 003/2019 – CONS.OAB/AP de 10 de junho de 2019, na hipótese abaixo assinalada:

Isenção de anuidade (Art. 1º da Res. nº 003/2019):

- Parturiente.
 Adotante

Documentos que instruem o requerimento (Art. 3º da Res. nº 003/2019):

- Cópia da identidade profissional.
 Laudo médico
 Certidão de nascimento do filho (a).
 Ato judicial de adoção.

Realizou o pagamento integral ou parcial da anuidade? (Art. 2º do Res. nº 003/2019):

- SIM.
 NÃO

***Caso sim, preencha o os dados bancários para restituição dos valores.**

Banco: _____ **Agência:** _____ **Conta corrente:** _____

_____, ____/____/____

Assinatura do Requerente