



Caixa de Assistência dos Advogados do Espírito Santo

Exmo. Sr. PRESIDENTE da Caixa de Assistência dos Advogados do Espírito Santo,
O abaixo-assinado, vem requerer de V. Exa. a carteira de consultas MÉDICO-
ODONTOLÓGICAS para seu uso e de sua família, declarando, sob as penas da Lei, que representam a
verdade as informações prestadas abaixo:

			Foto
Requerimento n°.			3x4
.....			
Nome do inscrito			Insc. OAB-ES
.....	X		
Nome do Pai		Mãe	
.....			
Endereço Residencial :Rua-Av.-N°.		Bairro/Cidade	Fone
.....			
Endereço Escritório:Rua/Av.-N°		Bairro	Fone
.....			
Cidade	CEP	Sub-Seção	Sede
.....			
Nascimento	Cidade	Estado	Nacionalidade
.....			
Tipo Sanguíneo		Fator RH	
.....			

DEPENDENTES:	IDADE	SEXO	DATA NASC.
1-Esposa(o).....	anos/...../.....
2-Filho(a).....	“/...../.....
3- “	“/...../.....
4- “	“/...../.....
5- “	“/...../.....
6- “	“/...../.....

Declaro que os documentos foram conferidos
e estão em ordem. Está quite com a Tesouraria.

Vitória-ES,.....de.....de 20.....

...../...../.....
.....

Funcionário

Presidente - CAAES

.....
Assinatura do Advogado

Aprovo.

Vitória-ES,...../...../.....