

SENHOR PRESIDENTE DA CAAPB - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DA PARAÍBA

\_\_\_\_\_, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº \_\_\_\_\_ com endereço na Rua/Av \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_ (PB), telefone ( ) \_\_\_\_\_ celular ( ) \_\_\_\_\_ requer nos termos da Resolução 002/2023, a concessão de **SEGURO AMAMENTAÇÃO**.

Para tanto, instruo pedido com os seguintes documentos:

- ( ) Cópia da identidade profissional;
- ( ) Cópia da certidão de nascimento;
- ( ) Certidão de quitação da OAB;
- ( ) Comprovante de residência da advogada;
- ( ) Cópia comprovante da quitação anuidade ou cópia do parcelamento através de cartão de crédito;
- ( ) Atestado médico de lactação;
- ( ) Declaração de inexistência de vínculo empregatício e necessidade financeira.

**OBSERVAÇÃO** Para concessão do benefício não é aceito o parcelamento através de boleto.

Dados da conta para depósito:

Banco: \_\_\_\_\_, agência: \_\_\_\_\_, conta corrente nº: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_

Nestes Termos.

Pede Deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro que as cópias conferem com os originais.

\_\_\_\_\_