



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 005/2017, a concessão
de **AUXILIO-MATERNIDADE**.

Para tanto, instruo pedido com os seguintes documentos:

- () Cópia da identidade profissional;
- () Cópia da certidão de nascimento ou de termo judicial de adoção;
- () Certidão de quitação da OAB;
- () Comprovante de residência da advogada;
- () Laudo médico em caso de gravidez não levada a termo;
- () Cópia comprovante da quitação anuidade ou cópia do parcelamento através de cartão de crédito.

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.
