

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número da OAB | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME COMPLETO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Requeiro a Vossas Senhorias a isenção do pagamento de contribuições, anuidades, multas e preços de serviços devidos à OAB, conforme dispõe o artigo 2º, do Provimento nº 111 do E. Conselho Federal, por se enquadrar nas seguintes condições:

1. - Estar inscrito e ter contribuído para a OAB durante 45 (quarenta e cinco) anos ou mais;
2. - Ter completado 70 (setenta) anos de idade e, cumulativamente, 30 (trinta) anos de contribuição, contínuos ou não; (redação dada pelo Provimento nº 137/2009)

I

1. - Ser portador de necessidades especiais por inexistência de membros superiores ou inferiores, absoluta disfunção destes, estando inabilitado para o exercício da profissão;

I

1. - Estar privado de visão em ambos os olhos, estando inabilitado para o exercício da profissão;

I

1. - Ser portador de deficiência mental inabilitadora

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EM: (cidade) UF: Data: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **/** |  |  | **/** |  |  |

assinatura

**Nota: Para pedido fundamentado em problema de saúde, o requerimento deve ser instruído com documentos médicos comprobatórios, que poderá ser avaliado pela CAAP.**

# Praça Barão do Rio Branco, 93 – CEP. 66.015-060 – Belém-PA. Fone: (0xx91) 4006-8600 Fax: (0xx91)4006-8603

[www.oabpa.org.br](http://www.oabpa.org.br/)