**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DIRETOR TESOUREIRO DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – SECCIONAL MATO GROSSO**

|  |
| --- |
| **SOLICITANTE: Clique aqui para digitar texto.** |
| **NÚMERO DA OAB: Clique aqui para digitar texto.** |
| **TELEFONE: Clique aqui para digitar texto.** |
| **E-MAIL: Clique aqui para digitar texto.** |

Requeiro a V. Exª, a isenção do pagamento de anuidades devidas à OAB/MT, por acometimento de doenças grave incapacitante, preenchidos os requisitos conforme dispõe o artigo 1º, da Resolução AD Referendum n. 003/2017

|  |
| --- |
| **DESCREVA A ENFERMIDADE:** |

**Notas**:

\* O requerimento deve ser instruído com documentos médicos comprobatórios da incapacidade laborativa;

\* Requerimento isenção do pagamento de anuidades pela resolução ad referendum n. 003/2017;

\* Este pedido de isenção deve ser protocolizado anualmente enquanto ainda persistir a doença, com o laudo medico atualizado.

Cuiabá-MT, Clique ou toque aqui para inserir uma data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente