

REQUERIMENTO PARA KIT GESTANTE
KIT REPELENTE COTRA O ZIKA VÍRUS

Senhor PRESIDENTE DA CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO ESTADO DE RONDÔNIA

NOME LEGÍVEL DO REQUERENTE.

Endereço:

Rua: _____ nº _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____

Telefone Fixo: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

REQUER:

Kit Gestante:

Inscrita na OAB-RO sob nº _____

_____, _____ de _____ de 20____

Local e data

Nestes Termos
Pede Deferimento

Assinatura

=====
Documentos a serem, necessariamente, anexados:

() Cópia da OAB

() Cópia do Cartão da Gestante ou Exame Beta HCG ou Ultrassonografia;

() Comprovante atual do exercício regular da profissão (Certidão para fins de Auxílio Maternidade que deve ser solicitado junto a Secretaria Geral da OAB) e procuração com firma reconhecida, caso o requerimento esteja assinado por procurador;

Obs.: O Kit é para proteção dos primeiros 90 dias de gestação.