

**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
NÚCLEO ASSISTÊNCIA****REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO ASSISTENCIAL****DADOS DO ADVOGADO (A)**

Nome: _____ OAB _____

Estado Civil: _____ Naturalidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

E-mail: _____ Telefones: _____

DADOS DO(A) REQUERENTE

Parentesco: _____ Profissão: _____

NOME: _____ Documento: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

E-mail: _____ Telefones: _____

DADOS BANCÁRIOS

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____ Corrente: () Poupança: ()

Titular: _____ CPF: _____

E-mail: _____

Sr. Presidente,

Venho requerer o **AUXÍLIO** _____ em virtude do que segue:

() Declaro que li e estou de acordo com a Resolução dos benefícios assistenciais da Caixa de Assistência da Advocacia, disponível no site: www.caarj.org.br.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente