



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
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

AS DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS PARA SOLICITAÇÃO DOS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS ENCONTRAM-SE DISPONÍVEIS NO SITE WWW.CAARJ.ORG.BR E DEVEM SER PROTOCOLADAS JUNTO COM O ESTE REQUERIMENTO.