



Ordem dos Advogados do Brasil
Seção de Santa Catarina

RECADASTRAMENTO

1 - NOME: _____

2 - INSCRIÇÃO OAB: _____ 3 - EST. CIVIL: _____ 4 - DATA NASC.: ____ / ____ / ____

5 - FILIAÇÃO: _____

6 - CÔNJUGE: _____ 7 - DATA NASC.: ____ / ____ / ____

8 - DEPENDENTES:	DATA NASCIMENTO	DATA NASCIMENTO
_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

9 - R.G. Nº.: _____ 10 - CPF Nº.: _____

11 - ENDEREÇO (assinale o preferencial para correspondência):

Profissional: _____

Fone: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____

Residencial: _____

Fone: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____

Cidade Sede Principal da Advocacia: _____

E-mail: _____ Data: ____ / ____ / ____

12 - Tem vínculo funcional, contrato de trabalho ou relação de emprego com o serviço público ou entidade privada?

Sim Não

Em Caso afirmativo:

13 - Nome do órgão, entidade ou empresa: _____

14 - Natureza jurídica e vinculação ao poder público: _____

15 - Nome do cargo, função, emprego ou mandato: _____

16 - Descrição das atividades exercidas em função do vínculo: _____

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras.

_____, _____ de _____ de 20____

ASSINATURA