



Ordem dos Advogados do Brasil  
Conselho Seccional do Distrito Federal

**Excelentíssimo Senhor Presidente da Ordem dos Advogados do Brasil Seccional do Distrito Federal**

Número da OAB/DF:

Advogado  Estagiário

Nome Completo:

**VEM REQUERER**

- Substituição para o novo **Cartão** de Identidade Profissional (Cartão com chip, pronto para receber a Certificação Digital );
- Substituição para o novo **Cartão** (com chip) e para nova **Carteira** de Identidade Profissional;
- 2ª via do **Cartão** (com chip) de Identidade Profissional;
- 2ª via do **Carteira** de Identidade Profissional.

Motivo 2ª via:

**DADOS CADASTRAIS: (Preenchimento obrigatório, conforme Artigo 24, § 1º do Regulamento Geral do EOAB)**

CPF:  Identidade/RG:  Órgão Expedidor:

Naturalidade:  UF:  Estado Civil:  Doador de Tecidos/Órgãos:

**Impedimentos:**

- Artigo 30, inciso I do EOAB  Artigo 91, inciso I da Lei 80/94  Artigo 28, inciso I da LC 73/93
- Artigo 30, inciso II do EOAB  Artigo 29 da Lei 8.906/94  Artigo 46, inciso I da Lei 80/94  Artigo 95, Paragrafo único, V da CF

<b>ENDEREÇOS CONTATOS/E-MAIL</b>	Endereço Comercial: <input type="text"/>
	Bairro: <input type="text"/> Cidade: <input type="text"/> UF: <input type="text"/> CEP: <input type="text"/>
	Telefone Comercial: <input type="text"/> Fax: <input type="text"/>
	Endereço Residencial: <input type="text"/>
	Bairro: <input type="text"/> Cidade: <input type="text"/> UF: <input type="text"/> CEP: <input type="text"/>
	Telefone Residencial: <input type="text"/> Telefone celular: <input type="text"/>
	E-mail 1: <input type="text"/>

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Assinatura**

**Foto 3x4**

**Digital (polegar)**

**Assinatura (dentro do Espaço, com caneta tinta preta)**