EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR PRESIDENTE DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SECCIONAL MATO GROSSO – OAB-MT.

Digite aqui seu nome completo**,** brasileiro (a), estado civil, Digite aqui sua profissão, portador (a) do RG n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor, inscrito (a) no CPF sob o n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) na Escolher um item \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em Cidade / Estado, vem à presença de V. Exa., requerer a emissão de Escolher um item para fins de Escolher um item, digite aqui para o caso de Inscrição Suplementar ou Transferência, especificar para qual UF.

Pede Deferimento

Cidade, Selecione uma data

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSINATURA**

**OBS.: O PRAZO PARA EMISSÃO DESTA CERTIDÃO É DE 3 DIAS ÚTEIS.**