

Atendente: _____

Data: ___/___/___

Protocolo

Exmo. Sr. Presidente da Comissão do Exame de Ordem , Seção do Estado de São Paulo.

Nome: _____

Nº de inscrição: _____ Sexo: () M () F Data de nascimento: ___|___|___

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ U.F. _____

R.G.: _____ Órgão Emissor: _____ C.P.F.: _____

E-mail _____ Profissão: _____

Endereço _____ Nº _____

Complemento: _____ CEP: _____ - _____

Cidade: _____ U.F. _____ Telefone: (_____) _____ - _____

Vem mui respeitosamente à presença de V.Exa. solicitar a emissão da **CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO EXAME DE ORDEM Nº _____ REALIZADO EM, _____**

Nestes Termos,
P. Deferimento

Local e data

Assinatura

INSTRUÇÕES:

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO EXAME DE ORDEM:

- *A certidão só será emitida mediante a apresentação dos documentos (cópia simples da conclusão do curso e/ou Diploma, RG). Advogados inscritos ficam isento da juntada dos documentos).*
- *Taxa: 31,20 (Pagamento via boleto expedido pela Subseção /ou OAB/SP).*
- *O pedido poderá ser enviado através do e-mail exame.ordem@oabsp.org.br*
- *Os textos das Certidões são padronizados, constando em seu conteúdo, informações do banco de dados.*

A CERTIDÃO REQUERIDA SERÁ:

() retirada na Sede/ Capital

() remetida via correio (somente para endereço na Grande São Paulo, Interior ou outros Estados).

- *Eventuais esclarecimentos entrar em contato através dos telefones abaixo;*