

 **EXCELENTÍSSIMO SENHOR SECRETÁRIO GERAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 SECCIONAL DO ESTADO DE RONDÔNIA**Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nacionalidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Advogado(a), inscrito(a) na OAB/RO sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira deIdentidade RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 **Doador de Órgãos e Tecidos? ( ) SIM ( ) Não

*Endereço Residencial:***

|  |  |
| --- | --- |
| Av/Rua:  | Nº |
| Bairro: | Cidade: | CEP: | UF: |
| E-mail: | Fone: | Celular: |

 ***Endereço do Escritório:***

|  |  |
| --- | --- |
| Av/Rua:  | Nº |
| Bairro: | Cidade: | CEP: | UF: |
| E-mail: | Fone: | Celular: |

**Deseja alterar foto? ( ) SIM ( ) Não
Deseja alterar assinatura? ( ) SIM ( ) Não
Deseja incluir digital? ( ) SIM ( ) Não
Não desejo fazer nenhuma alteração ( )**

Vem mui respsitosamente á presença de Vossa Excelência, requerer Emissão do Novo Cartão com chip.

Nestes termos,

Pede deferimento

Porto Velho, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura do Advogado (a)
OAB Nº

BIOMETRIA

FOTO (POLEGAR DIREITO)

**Padrão de Assinatura ou Rubrica para coleta.**

COLAR FOTO 3X4

**NOME: OAB/RO**

**CPF: SUBSEÇÃO:**

# INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS:

1. **Fotografia: a fotografia em foco, colorida, sem nenhum tipo de marca, moldura ou data, com contraste, fundo branco,** Deverá ser alinhada e coletada no local designado utilizando cola líquida. A utilização de grampeador, clips não é permitida. A fotografia fornecida deverá atender às características mínimas de qualidade constante no padrão de qualidade. Os formulários sem fotografia ou com fotografias fora do padrão serão recusados e devolvidos.
2. **Assinatura:** deverá ser coletada no espaço no espaço designado, não ultrapassando o espaço delimitado e garantindo o atendimento ao padrão de qualidade. Formulários com impressão digital fora do padrão de qualidade serão devolvidos.
3. **Impressão Digital:** deverá ser coletada a impressão batida e não rolada, sendo respeitado o espaço designado e garantindo o atendimento ao padrão de qualidade. Formulários com impressão digital fora do padrão de qualidade serão devolvidos.
4. **Formulário:** deverá ser em papel tipo A4, impressos em formato retrato, sendo um formulário por advogado. Não utilizar papel reciclado, ou outro tipo de papel diferente do especificado. Formulários fora do especificado serão devolvidos.
5. **Dados Biográficos:** formulários com incoerência e/ou inconsistência nos dados biográficos, incluindo a ausência do nome do advogado, serão rejeitados e devolvidos.
6. **Importante:** O(a) atendente da Subseção, **deverá** orientar o(a) Advogado(a) ou Estagiário(a) no **momento** da **Coleta** de **Dados** (**Assinatura, Foto e Biometria**), a fim de garantir o controle, a qualidade e o padrão de exigências, no que diz respeito ao preenchimento e procedimentos **obrigatórios** no **Formulário**, conforme **“itens 1 a 5”**, sob pena de devolução do mesmo à Subseção, para providenciar possíveis correções e/ou reformulações.

Rua Paulo Leal, 1300, N. Senhora das Graças, Porto Velho/RO, CEP 76.804-128
E-mail: ssh@oab-ro.org.br – Fone: (69) 3217 2124 | (69) 9 8419 4210