



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO - DEFENSOR DATIVO

Nome completo: _____

OAB / AP: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Cidade: _____ CEP _____ UF _____

Telefone comercial: _____

Telefone celular: _____

Obs.: Acrescentar à ficha de inscrição uma cópia:

- I. Carteira da OAB
- II. Certidão Negativa Disciplinar e de Regularidade com a Tesouraria da OAB/AP;
- III. CPF
- IV. PIS/PASEP
- V. Título de Eleitor
- VI. Certidão de Quitação Eleitoral
- VII. Certificado de Reservista (para homens)
- VIII. Comprovante de endereço