|  |
| --- |
| **ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL****SUBSEÇÃO DE GUARAPUAVA** |
| **AUTORIZAÇÃO** |
| Nome do(a) Advogado(a): | N° da OAB: |
| Telefone: | Data: | Sala:Fórum Estadual |
| Autorizo a colaboradora da OAB Guarapuava **Thaina Sabrina Festa**, inscrita no quadro de colaboradores da Ordem dos Advogados do Brasil matrícula 1689, sob minha responsabilidade, a realizar a seguinte diligência: |
| N° do Processo: | Vara: |  |
| Partes: |
| Número das Folhas: |
| Observações: |
| ASSINATURA |  |