OAB Casag GOIÁS	**REQUERIMENTO DE AUXÍLIO FUNERAL – CASAG**

RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS – TERMO DE RESPONSABILIDADE

NOME DO ADVOGADO (A): _____

Na qualidade de beneficiário(a) do(a) Advogado(a) falecido(a) supra mencionado, declaro expressamente perante a **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DE GOIÁS – CASAG**, que sou o(a) legítimo(a) beneficiário(a), não havendo, portanto, qualquer outro beneficiário legítimo de acordo com a ordem de identificação de beneficiários instituída pela OAB/GO e CASAG, isentando-a de quaisquer responsabilidades ou obrigações, especialmente no tocante à efetivação de qualquer outro pagamento, a título de benefício/auxílio existente em virtude da morte do advogado em tela, nada podendo alegar ou reclamar, em juízo ou fora dele. Por derradeiro, asseveramos que as informações acima são expressão da verdade, sob pena de responder Civil e Criminalmente se assim não for.

NOME COMPLETO	Carteira de Identidade/ Órgão emissor	CPF	PARENTESCO	ASSINATURA

Goiânia, _____ de _____ de 2025.