

## DECLARAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_, brasileiro (a), advogado (a), regularmente inscrito (a) na OAB/SC sob o no \_\_\_\_\_, **DECLARO**, por este instrumento, que, conforme estabelecido na forma do Termo de Convênio firmado, declaro estar ciente e de acordo que o não pagamento das mensalidades dentro do prazo de pagamento contratado redundará na perda automática do benefício no mês correspondente

### **BENEFICIADO:**

( ) O Próprio ( ) Cônjuge ( ) Filho ( ) Companheiro(a) ( ) Enteadado(a)

Nome do Beneficiado: \_\_\_\_\_

Florianópolis (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura