REQUERIMENTO DE CERTIDÃO NEGATIVA, POSITIVA OU POSITIVA COM EFEITO DE NEGATIVA – PESSOA FÍSICA

|  |
| --- |
| **REQUERENTE**  |
| NOME COMPLETO |
|  |
| CARGO PÚBLICO OCUPADO OU PROFISSÃO | RG (Número e Emissor) |
|  |  |
| CPF | TELEFONE (s) | CEP |
|  |  |  |
| ENDEREÇO  |
|  |
| E-MAIL |
|  |
| **REPRESENTANTE LEGAL DO REQUERENTE** |
| NOME |
|  |
| RG/OAB | CPF | TELEFONE |
|  |  |  |
| ENDEREÇO  |
|  |
| CEP | E-MAIL |
|  |  |
| **ENTE, ORGÃO OU ENTIDADE DE VÍNCULO FUNCIONAL DO REQUERENTE**  |
| IDENTIFICAÇÃO | CNPJ Nº |
|  |  |
| ENDEREÇO  |
|  |
| **REQUERERIMENTO** |
| Solicito a emissão, em meu nome, da ***Certidão [Negativa] [Positiva]*** ou ***[Positiva com efeito de Negativa***], perante esse Tribunal de Contas de Mato Grosso do Sul. |
| LOCAL | DATA | ASSINATURA: |
|  |  |  |
| **DOCUMENTOS ANEXOS**  |
| (assinalar os documentos e remeter digitalizados)⬜ Ato de delegação do representante legal.⬜ Procuração, no caso de representante. |