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. | | | | | | |