

ILMO. SR. OFICIAL
REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
SANTO ÂNGELO-RS

NOME: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____

PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____

RG: _____ CPF: _____

CEP: _____

ENDEREÇO: _____

VEM, RESPEITOSAMENTE, À PRESENÇA DE VOSSA SENHORIA, REQUERER UMA
CERTIDÃO NEGATIVA DE ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA/RESERVA DE DOMÍNIO DO
SEGUINTE BEM:

EM NOME DE: _____

CPF: _____

CEP: _____

ENDEREÇO: _____

PARA O FIM ESPECIAL DE: _____

NESSES TERMOS,

PEDE DEFERIMENTO.

SANTO ÂNGELO, ___/___/___.

ASS. REQUERENTE

TELEFONE: _____