

À Prefeitura Municipal de Vargem Grande do Sul - SP

Nº CONTRIBUINTE*

██████████ Razão social

Portador do RG nº ██████████ e CPF/CNPJ

Residente a rua ██████████ nº

Complemento ██████████, no bairro ██████████
na cidade ██████████ CEP ██████████

Neste ato representado por

Portador do RG nº ██████████ e CPF/CNPJ

Residente a rua ██████████ nº

Complemento ██████████, no bairro ██████████
na cidade ██████████ CEP ██████████

Vem por meio deste, requerer a esta municipalidade a:

Certidão Negativa de Débitos (CND), referente à

Vargem Grande do Sul - SP, de de 20

ASSINATURA DO REQUERENTE

Telefone

Celular

*preenchimento exclusivo da divisão tributária