

REQUERIMENTO PARA EXAME E CÁLCULO

EXAME E CÁLCULO DE TÍTULO SEM PRENOTAÇÃO

Preencha os campos em destaque e assine digitalmente (gov.br ou ICP-Brasil).

Ilmo(a). Sr(a). Registrador(a) do **Registro de Imóveis da 2ª Zona de Cachoeirinha/RS**

QUALIFICAÇÃO DO(A) REQUERENTE

NOME COMPLETO (SEM ABREVIATURAS)		CPF / CNPJ
NACIONALIDADE	PROFISSÃO	
ESTADO CIVIL ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)	UNIÃO ESTÁVEL? ☐ Sim ☐ Não	
DOMICÍLIO E RESIDÊNCIA (RUA, N°, COMPLEMENTO, BAIRRO)	CIDADE	UF
E-MAIL	TELEFONE / WHATSAPP	

REQUERIMENTO

Venho, por meio deste, requerer o exame e cálculo do título abaixo indicado, declarando ciência de que isto não importa em prenotação e, portanto, não sujeita o título aos efeitos da prioridade (art. 12, parágrafo único, da Lei nº 6.015/73).

TÍTULO / DOCUMENTO A SER EXAMINADO	
MATRÍCULA(S), SE HOUVER	
LGPD: DECLARO, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), que estou ciente e autorizo o Registrador e seus prepostos a tratar os dados pessoais por mim fornecidos, exclusivamente para a execução dos atos registrares relacionados a este documento.	
SE ASSINADO POR PROCURADOR(A) — NOME COMPLETO	CPF DO(A) PROCURADOR(A)

Se o documento for assinado por procurador(a), anexar a respectiva procuração.

Cachoeirinha/RS, _____ (ou data da assinatura digital)

ASSINATURA DIGITAL: após o preenchimento, este formulário deve ser assinado digitalmente, com **assinatura eletrônica avançada (gov.br)** ou **assinatura eletrônica qualificada (certificado digital ICP-Brasil)**.

REQUERENTE

assinatura digital (gov.br ou ICP-Brasil)