

SOLICITAÇÃO DE CERTIDÃO DE HOMONÍMIA

(Este formulário poderá ser utilizado somente em relação aos processos apontados no campo referente aos homônimos)

NOME DA PESSOA EM RELAÇÃO A QUAL SERÁ EXPEDIDA A CERTIDÃO DE HOMONÍMIA:

DADOS DA PESSOA QUE ESTÁ SOLICITANDO A CERTIDÃO

NOME: CPF/MF
TELEFONE: DDD Nº E-MAIL:
ENDEREÇO: CEP

NÚMERO DO PROCESSO: - . . .
COMARCA DE:
VARA: (Ex. 2ª Vara Cível)

NÚMERO DO PROCESSO: - . . .
COMARCA DE:
VARA: (Ex. 2ª Vara Cível)

NÚMERO DO PROCESSO: - . . .
COMARCA DE:
VARA: (Ex. 2ª Vara Cível)

NÚMERO DO PROCESSO: - . . .
COMARCA DE:
VARA: (Ex. 2ª Vara Cível)

NÚMERO DO PROCESSO: - . . .
COMARCA DE:
VARA: (Ex. 2ª Vara Cível)

LOCAL E DATA
ASSINATURA

O prazo de expedição da certidão de homonímia é de até 05 dias úteis . A certidão deverá ser retirada pessoalmente no
ofício/seção de distribuição escolhido pelo interessado.

CHANCELA DE RECEBIMENTO: