

CARTÓRIO DE NOTAS PROTESTO

Rua: Jacob Emerick 429 s2 -Centro São Vicente, SP | CEP: 11310-071 | Tel:(13) 3466-7249

APRESENTANTE	NOME:						
	ENDEREÇO:				BAIRRO:		
	CPF/CNPJ:			TEL:	CIDADE:		UF:
	ASSINATURA:						
ENDOSSANTE					TIPO DE ENDOSSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T		
FAVORECIDO							
DEVEDOR 1	NOME:				CPF/CNPJ:		
	ENDEREÇO:						
	BAIRRO:		CIDADE:		UF:	CEP:	
DEVEDOR 2	NOME:				CPF/CNPJ:		
	ENDEREÇO:						
	BAIRRO:		CIDADE:		UF:	CEP:	
NATUREZA:	Nº DO TÍTULO:	EMIÇÃO:	VENCIMENTO:	VALOR TOTAL:	SALDO A PROTESTAR:		
MOTIVO: <input type="checkbox"/> FALTA DE PAGTO. <input type="checkbox"/> FALTA DE ACEITE <input type="checkbox"/> FINS FALIMENTARES <input type="checkbox"/> DIREITO DE REGRESSO <input type="checkbox"/> FALTA DE DEVOLUÇÃO							
DOCUMENTO PROTESTÁVEL EM SÃO VICENTE/SP. OS DADOS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO APRESENTANTE E/OU PORTAODR, QUE OS FORNECEU E CONFERIU, RESPONSABILIZANDO-SE CIVIL E CRIMINALMENTE PELA VERACIDADE DOS MESMOS							
PORTADOR	NOME:				SEM DEPÓSITO OS EMOLUMENTOS SERÃO PAGOS QUANDO: 1) DA DESISTÊNCIA DO PROTESTO; 2) DO PAGAMENTO OU ACEITE DO TÍTULO; 3) DO CANCELAMENTO, SUSTAÇÃO OU CANCELAMENTO JUDICIAIS DEFINITIVOS		
	ENDEREÇO:						
	RG:		CPF/CNPJ:				
	SÃO VICENTE, _____ DE _____ DE _____						
	ASSINATURA:						