



**MINISTÉRIO DO ORÇAMENTO E GESTÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DO PATRIMÔNIO  
SISTEMA DE CADASTRAMENTO UNIFICADO DE FORNECEDORES – SICAF**

**RECIBO DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO**

CGC / CPF

RAZÃO SOCIAL / NOME

O fornecedor acima identificado, solicitou o(s) seguinte(s) serviço(s)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alteração de Dados Cadastrais                    | <input type="checkbox"/> Cadastro                          |
| <input type="checkbox"/> Alteração de Dados do Representante              | <input type="checkbox"/> Habilitação Parcial               |
| <input type="checkbox"/> Atualização de Documentos Cadastrais             | <input type="checkbox"/> Indicação de Representante        |
| <input type="checkbox"/> Atualização de Documentos da Habilitação Parcial | <input type="checkbox"/> Renovação de Cadastro             |
| <input type="checkbox"/> Transferência de Unidade Cadastradora – UASG     | <input type="checkbox"/> Extrato de Situação de Fornecedor |

**DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA CADASTRAMENTO**

DOCUMENTOS / CERTIDÕES	NÚMERO	DATA DE EMISSÃO	OBSERVAÇÃO
CGC :			
RECEITA FEDERAL			
DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO			
INSS			
FGTS			
CONTRATO SOCIAL / ALTERAÇÃO			
RGISTRO ENTIDADE DE CLASSE			

**DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EXIGIDA PARA HABILITAÇÃO PARCIAL**

DOCUMENTOS / CERTIDÕES	NÚMERO	DATA DE EMISSÃO	OBSERVAÇÃO
TRIBUTOS ESTADUAIS			
TRIBUTOS MUNICIPAIS			
BALANÇO PATRIMONIAL / DEMONSTRATIVO DE RESULTADO			
FALÊNCIA / CONCORDATA / EXECUÇÃO PATRIMONIAL			
OUTROS			

**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO**

Nome: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Mat. Siape: \_\_\_\_\_

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_ Telefone/Fax: \_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_ Código UASG: \_\_\_\_\_