|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASILMINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORESCONSULADO-GERAL DO BRASIL EM HOUSTON | **REGISTRO DE ÓBITO**(Preencher a máquina ou em letra de forma) |

**1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO *“DE CUJUS”***

|  |  |
| --- | --- |
| NOME COMPLETO | SEXO |
|       | [ ]  M [ ]  F  |
|  |  |
| DATA DE NASCIMENTO | LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/PAÍS) |
|  |  |
|   |    |    |    |       |
|  dia mês ano |  |
| ESTADO CIVIL [ ]  solteiro(a) [ ]  casado(a) [ ]  viúvo(a) [ ]  separado(a) judicialmente [ ]  divorciado(a) |
| CARTÓRIO DO REGISTRO DE CASAMENTO (PREENCHER MESMO EM CASO DE SEPARAÇÃO, DIVÓRCIO OU DE PRÉ-FALECIMENTO DO CÔNJUGE) |
|        |
|  |
| PROFISSÃO | ELEITOR BRASILEIRO |
|       |  [ ]  Sim [ ]  Não |
|  |  |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO (RUA/Nº/CIDADE/ESTADO/PAÍS) |
|  Rua, nº  |       |
|  |
| Cidade |       | Estado |    | CEP/Zip Code |       |
|  |

**2 - DADOS SOBRE O ÓBITO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | (SE POSSÍVEL) | LOCAL (CIDADE/PAÍS) |
|    |    |    |       |       |       |
|  dia mês ano |  hora(s) minuto(s) |  |
| LOCAL DE SEPULTAMENTO, SE FOR O CASO (NOME E ENDEREÇO DO CEMITÉRIO) |
| Nome: |       |
|  |  |
| Endereço |       | Cidade: |       |
|  |  |
| Estado: |    | Zip Code: |       | País: |       |
|  |  |
| SE CREMADO, INDICAR [ ]  Sim [ ]  Não |

**3 - OUTRAS INFORMAÇÕES**

|  |  |
| --- | --- |
| DEIXOU BENS? [ ]  Sim [ ]  Não | FALECEU COM TESTAMENTO CONHECIDO ? [ ]  Sim [ ]  Não  |
| DEIXOU HERDEIROS MENORES OU INTERDITOS ? [ ]  Sim [ ]  Não Em caso afirmativo, nomes e idades |
| Nome |       | idade |    |
|  |  |
| Nome |       | idade |    |
|  |  |
| Nome |       | idade |    |
|  |  |
| Nome |       | idade |    |
|  |  |
| Nome |       | idade |    |
|  |  |

*Consbras Houston/Obito.Doc Atualizado em: 28 de outubro de 1996*

**4 - DADOS FAMILIARES**

|  |
| --- |
| CÔNJUGE (PREENCHER MESMO EM CASO DE SEPARAÇÃO, DIVÓRCIO OU PRÉ-FALECIMENTO DO/A CÔNJUGE) |
|  |  |
| Nome completo |       |
|  |  |
| Nacionalidade |       | Local de nascimento |       |
|  (cidade/país) |
| Endereço |       |
|  |  |
| Cidade |       | Estado |    | CEP/Zip Code |       |
|  |

|  |
| --- |
| FILIAÇÃO (FORNECER OS NOMES COMPLETOS) |
|  |  |
|  | Nome |       |
|  |  |
|  | Nacionalidade |       | Local de nascimento |       |
|  (cidade/país) |
|  | Profissão |       |
|  |  |
|  | Endereço |       |
|  |  |
|  | Cidade |       | Estado |    | CEP/Zip Code |       |
|  |  |
|  |  |
|  | Nome |       |
|  |  |
|  | Nacionalidade |       | Local de nascimento |       |
|  (cidade/país) |
|  | Profissão |       |
|  |  |
|  | Endereço |       |
|  |  |
|  | Cidade |       | Estado |    | CEP/Zip Code |       |
|  |  |
| FILHOS (FORNECERR OS NOMES COMPLETOS) |
|  |
| Nome |       | idade |    |
|  |  |
| Nome |       | idade |    |
|  |  |
| Nome |       | idade |    |
|  |  |
| Nome |       | idade |    |
|  |  |
| Nome |       | idade |    |
|  |  |

|  |
| --- |
| DECLARANTE |
|  |
| Nome |       |
|  |
| Telefones de contato |  | Email |  |
|  |
|  |  |  | Data |  |  |
| Assinatura |  |  |    |    |    |
|  |  |  | dia | mês | ano |