|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DADOS DO FAMILIAR | | | | | | | |
| Nome completo | |  | | | | | |
| Documento de identidade (nº) | | |  | | Órgão expeditor |  | |
| Data de emissão |  | | | | Data de validade (se aplicável) | |  |
| Nome do(a) falecido(a) | | | |  | | | |
| Grau de parentesco com o(a) falecido(a) | | | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| DECLARAÇÃO | |
| Eu, aqui identificado(a), autorizo a pessoa abaixo a representar-me como declarante do registro de óbito do(a) falecido(a) supracitado. | |
| Nome completo do(a) representante |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ASSINATURA DO FAMILIAR | | |
| X | | A assinatura neste formulário deve ser reconhecida em cartório no Brasil ou em repartição consular brasileira. |
| Local e data |  |

|  |
| --- |
| Este formulário deverá vir acompanhado de cópia simples do documento de identificação do familiar. |
| Em caso de dúvidas, acesse nossa página eletrônica [sydney.itamaraty.gov.br](file:///C:\Users\pat785\Desktop\SYDNEY.ITAMARATY.GOV.BR) ou envie e-mail para [consular.sydney@itamaraty.gov.br](mailto:consular.sydney@itamaraty.gov.br?subject=Registro%20de%20óbito.%20Dúvida.) |