|  |
| --- |
| 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%3A%5CUsers%5Cpat785%5CDesktop%5CSYDNEY.ITAMARATY.GOV.BR) ou envie e-mail para consular.sydney@itamaraty.gov.br |