|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASILMINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORESEMBAIXADA DO BRASIL NA ARGÉLIA | Endereço: 55, bis Che;in Cheikh Bachir El Ibrahimi, El BiarHomepage: argel.itamaraty.gov.brE-mail: consular.argel@itamaraty.gov.br |

 **FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ÓBITO**

 **(PREENCHER MECANICAMENTE OU EM LETRA DE FORMA)**

|  |
| --- |
| **1- DADOS DO(A) REQUERENTE/DECLARANTE**  |
| **Nome Completo**  | **Data de Nascimento** |
|       |  **Dia Mês Ano**  |
|  |    |    |      |
| **Local de Nascimento** | **Nacionalidade**  | **Profissão** | **Estado Civil** | **Sexo** |
|  **Cidade** **Estado** **País**  |  |  |  |  |
|       |    |       |  |  |  | [ ]  M [ ]  F |
| **[ ]  PASSAPORTE VÁLIDO** **[ ]  CARTEIRA DE IDENTIDADE [ ]  OUTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **Número** | **Órgão Expedidor** | **Data de Expedição** | **Válido Até**  (DD/MM/AAAA) |
|       |       |       |       |
| **Relação com o Falecido?**  |
|  [ ]  **Cônjuge**  [ ]  **Amigo**(a) [ ]  **Parente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  **Outro:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **2- DADOS DO(A) FALECIDO(A)** |
| **Nome Completo**  | **Sexo** | **Cor** |
|  | [ ]  **Masculino**  [ ]  **Feminino** |  |
|  |  |  |
| **Data de Nascimento** | **Local de Nascimento** | **Nacionalidade** |
|  **Dia Mês Ano** |  **País Estado** **Cidade** |  |
|       |       |       |       |  |  |
| **Estado Civil** |
| [ ]  **Solteiro(a)** [ ]  **Casado(a)**  [ ]  **Divorciado(a)**  [ ]  **Viúvo(a)** [ ]  **União Estável**  |
| **Profissão** | **Era Eleitor Brasileiro?** | **Número de CPF** |
|  | [ ]  **Sim** [ ]  **Não** [ ]  **Ignora-se** |  |
|  |  |  |
|  **[ ]  PASSAPORTE VÁLIDO [ ]  DOCUMENTO DE IDENTIDADE [ ]  OUTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Número** | **Órgão Expedidor**  | **Data de Expedição** | **Válido Até** (DD/MM/AAAA) |
|       |       |       |       |
| **Endereço Residencial** (Número/ Rua / Apto) | **Cidade** | **Estado**  |
|       |       |    |
| **CEP** | **País**  | **Nº de Telefone** | **E-mail** |
|       |       | (     )       |       |
| **Nome Completo do Pai** | **Falecido?** |
|       |  [ ]  **Sim** [ ]  **Não** |
| **Nome Completo da Mãe** | **Falecido?** |
|       |  [ ]  **Sim** [ ]  **Não** |

|  |
| --- |
| **3- DADOS DO FALECIMENTO**  |
| **Data do Falecimento**  | **Hora do Falecimento**  | **Local do Falecimento** |
| **Dia Mês Ano**  | **Hora**   | **Min.** |  **[ ]  AM** |  **Cidade** **Estado** **País** |
|    |    |      |  |  |  **[ ]  PM**  |  |  |  |
| **Motivo do Falecimento /** CAUSA DE LA DEFUNCIÓN  | **Nome do Médico Atestante**  |
|  |  |
| **Órgão Expedidor do Atestado**  | **O Falecido foi Cremado?** |
|  |  [ ]  **Sim** [ ]  **Não**  |
| **Nome do Cemitério/Crematório**  |
|       |
| **Endereço**  |
|       |
| **País** | **Estado** | **Cidade**  | **Data de Sepultamento/Cremação** |
|       |       |       |       |
| **Deixou Bens?** | **Faleceu com Testamento Conhecido?**  | **Deixou Herdeiros Menores?**  |
| [ ]  **Sim** [ ]  **Não**  [ ]  **Ignora-se** | [ ]  **Sim** [ ]  **Não**  [ ]  **Ignora-se** | [ ]  **Sim** [ ]  **Não**  [ ]  **Ignora-se** |
|

|  |
| --- |
| **4- DADOS DO CÔNJUGE (Se aplicável)** |
| **Nome Completo**  | **Data de Nascimento** |
|       |  **Dia Mês Ano** |
|    |    |      |
| **Local de Nascimento**  | **Nacionalidade** | **Profissão** |
|  **Cidade** **Estado** **País**  |       |       |
|       |    |       |
| **Endereço Residencial** (Número/ Rua / Apto) | **Cidade** | **Estado**  |
|       |       |    |
| **CEP** | **País** | **Nº de Telefone** | **E-mail** |
|       |       | (     )       |       |

|  |
| --- |
| **Deixou Filhos? (Em Caso Afirmativo, Informar Nomes e Idades)**  |
|  [ ]  **Sim** [ ]  **Não** [ ]  **Ignora-se** |
|  **Nome**  |  **Idade**  |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Local e Data Assinatura do Requerente/Declarante