|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES  EMBAIXADA DO BRASIL NA ARGÉLIA | Endereço: 55, bis Che;in Cheikh Bachir El Ibrahimi, El Biar  Homepage: argel.itamaraty.gov.br  E-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