|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES  EMBAIXADA DO BRASIL NO HAITI | Secteur Consulaire  Immeuble Hexagone, rez-de-chaussée  Angle des rues Clerveaux et Darguin  Petion-Ville, Haiti.  Homepage: [portoprincipe.itamaraty.gov.br](http://www.brazilhouston.org) |

**FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ÓBITO**

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO DE DEFUNCIÓN**

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

**(LLENAR EN COMPUTADORA O CON LETRA DE FORMA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1- DADOS DO(A) REQUERENTE/DECLARANTE / DATOS DEL REQUERENTE/DECLARANTE** | | | | | | | | | | | |
| **Nome Completo** / NOMBRE COMPLETO | | | | | | | **Data de Nascimento /** FECHA DE NACIM. | | | | |
|  | | | | | | | **Dia /** DiA  **Mês /** Mes **Ano /** ANO | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | |  |
| **Local de Nascimento** / LUGAR DE NACIMIENTO | | | | **Nacionalidade /**  **NACIONALIDAD** | | **Profissão /**  **PROFESIÓN** | | **Estado Civil** | | | **Sexo** |
| **Cidade** / CIUDAD **Estado** / ESTADO **País** / PAÍS | | | |  | |  | |  | | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  | | | M  F |
| **PASSAPORTE VÁLIDO / PASAPORTE VALIDO**  **CARTEIRA DE IDENTIDADE / IDENTIFICACION CARD  OUTRO / OUTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | |
| **Número** | **Órgão Expedidor /** AUTORIDAD EXPEDIDORA | | | | **Data de Expedição /**  FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | | **Válido Até** / VALIDAD HASTA  (DD/MM/AAAA) | |
|  |  | | | |  | | | | |  | |
| **Relação com o Falecido?**  **/** RELACIÓN CON EL(LA) FALLECIDO(A) | | | | | | | | | | | |
| **Cônjuge** / CÓNYUGE  **Amigo**(a)  **Parente** /PARIENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Outro** / OTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2- DADOS DO(A) FALECIDO(A) / DATOS DEL (DE LA) FALLECIDO(A)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome Completo** / NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | **Sexo** | | | | | | | | **Cor /** COLOR |
|  | | | | | | | | | | **Masculino**   **Feminino** / FEMENINO | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| **Data de Nascimento /** DATA DE NACIMIENTO | | | | | | **Local de Nascimento** / LUGAR DE NACIMIENTO | | | | | | | **Nacionalidade** / NACIONALIDAD | | | | | |
| **Dia /** DIA  **Mês /** MES **Ano /** AÑO | | | | | | **País Estado** **Cidade** **/** CIUDAD | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | | | | |
| **Estado Civil** **/** ESTADO CIVIL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Solteiro(a)** / SOLTERO(A)  **Casado(a)**   **Divorciado(a)**   **Viúvo(a)** / VIUDO(A)  **União Estável** / UNIÓN LIBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Profissão / PROFESION** | | | | | **Era Eleitor Brasileiro? / ERA VOTANTE BRASILEÑO?** | | | | | | | | | **Número de CPF** | | | | |
|  | | | | | **Sim**/ Si **Não**/ No **Ignora-se** / No se sabe | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| **PASSAPORTE VÁLIDO / PASAPORTE VIGENTE  DOCUMENTO DE IDENTIDADE  OUTRO / OTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Número** | | **Órgão Expedidor /** AUTORIDAD EXPEDIDORA | | | | | | | **Data de Expedição /**  FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | | | | | **Válido Até** / VALIDAD HASTA  (DD/MM/AAAA) | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **Endereço Residencial** (Número/ Rua / Apto) / DIRECCIÓN RESIDENCIAL (Calle/ Numero/ Depart.) | | | | | | | | | | | | **Cidade /** CIUDAD | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Estado** | | | | **CEP /** C. P. | | | **País** / PAÍS | | | | **Nº de Telefone** / Nº DE TELÉFONO | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | (     ) | | | | | | | |
| **Nome Completo da Filiação 1** / NOMBRE COMPLETO DE LA AFILIATIÓN 1 | | | | | | | | | | | | | | | **Falecido? /** FALLECIDO? | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** / SI  **Não** / NO | | | |
| **Nome Completo da Filiação 2** / NOMBRE COMPLETO DE LA AFILIATIÓN 2 | | | | | | | | | | | | | | | | **Falecido? /** FALLECIDA? | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | **Sim** / Si  **Não** / NO | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3- DADOS DO FALECIMENTO / DATOS DE LA DEFUNCIÓN** | | | | | | | | | | | | | |
| **Data do Falecimento /**  FECHA DE LA DEFUNCIÓN | | | **Hora do Falecimento /**  HORA DE LA DEFUNCIÓN | | | | | **Local do Falecimento** /  LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | | | | |
| **Dia /** DIA  **Mês /** MES **Ano /**  AÑO | | | **Hora /** HORA | | | **Min. /** MIN. | **AM** | **Cidade** / CIUDAD **Estado** **País** | | | | | |
|  |  |  |  | | |  | **PM** |  | | | |  |  |
| **Motivo do Falecimento /** CAUSA DE LA DEFUNCIÓN | | | | | | | | | **Nome do Médico Atestante** **/** NOMBRE DEL MÉDICO | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | |
| **Órgão Expedidor do Atestado** **/** ENTIDAD EMISORA DEL CERTIFICADO | | | | | | | | | **O Falecido foi Cremado? /** EL OCCISO FUE CREMADO? | | | | |
|  | | | | | | | | | **Sim** / Si  **Não** / NO | | | | |
| **Nome do Cemitério/Crematório** / NOMBRE DEL CEMENTERIO/CREMATORIO | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Endereço**  / DIRECCIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **País** | | **Estado** | | | **Cidade /** CIUDAD | | | | | | **Data de Sepultamento/Cremação/** FECHA DEL ENTIERRO/CREMACIÓN | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | |
| **Deixou Bens? /**  **DEJÓ ALGÚN BIEN?** | | | | **Faleceu com Testamento Conhecido? /**  **DEJÓ HECHO UN TESTAMENTO?** | | | | | | **Deixou Herdeiros Menores? /**  **DEJÓ HEREDEROS MENORES DE EDAD?** | | | |
| **Sim**/ Si **Não**/ No  **Ignora-se** / No se sabe | | | | **Sim**/ Si **Não**/ No  **Ignora-se** / No se sabe | | | | | | **Sim**/ Si **Não**/ No  **Ignora-se** / No se sabe | | | |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4- DADOS DO CÔNJUGE (Se aplicável) / DATOS DEL CÓNYUGE (Si aplicable)** | | | | | | | | | | | | |
| **Nome Completo** / NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | **Data de Nascimento /** FECHA DE NACIM. | | | | |
|  | | | | | | | | **Dia /** DIA  **Mês /** MES **Ano /** AÑO | | | | |
|  | |  |  | |
| **Local de Nascimento** / LUGAR DE NACIMIENTO | | | | | **Nacionalidade / NACIONALIDAD** | | | | **Profissão / PROFESIÓN** | | | |
| **Cidade** / CIUDAD **Estado** / ESTADO **País** / PAÍS | | | | |  | | | |  | | | |
|  | |  |  | |
| **Endereço Residencial** (Número/ Rua / Apto) / DIRECCIÓN RESIDENCIAL (Calle/ Numero/ Depart.) | | | | | | | **Cidade /** CIUDAD | | | | | **Estado** |
|  | | | | | | |  | | | | |  |
| **CEP /** C. P. | **País** / PAÍS | | | **Nº de Telefone** / Nº DE TELÉFONO | | **E-mail** | | | | | | |
|  |  | | | (     ) | |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Deixou Filhos? (Em Caso Afirmativo, Informar Nomes e Idades) /**  **DEJÓ HIJOS? (SI ASI ÉS, INFORMAR NOMBRES Y EDADES)** | |
| **Sim**/ Si **Não**/ No **Ignora-se** / No se sabe | |
| **Nome / NOMBRE** | **Idade / EDADE** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

Local e Data Assinatura do Requerente/Declarante

Lugar y Fecha Firma del Requerente/Declarante