



DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) FALECIDO(A)		
Nome completo		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data de nascimento ____/____/____ dia mês ano	Idade	Local de nascimento (cidade/país)
Estado civil <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> outro _____		
Cartório de registro de casamento (preencher mesmo em caso de separação, divórcio ou viuvez)		
Profissão	Eleitor brasileiro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Endereço residencial completo (rua/nº/cidade/estado/país) Rua, nº _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____		
DADOS SOBRE O ÓBITO		
Data de falecimento ____/____/____      ____/____ dia mês ano      hora(as) minuto(s)	Local de falecimento (cidade/país)	
Motivo de falecimento	Nome do(a) atestante	
Local de sepultamento, se for o caso (nome e endereço do cemitério) Nome _____ Endereço (Rua, nº) _____ Cidade _____ Estado _____ País _____		
O corpo foi cremado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

## DADOS FAMILIARES

Cônjuge (preencher mesmo em caso de separação, divórcio ou pré-falecimento do/a cônjuge)

Nome completo \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Local de nascimento \_\_\_\_\_

Endereço (rua, nº) \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Filiação (fornecer os nomes completos)

Pai: Nome completo \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Local de nascimento \_\_\_\_\_

Endereço (rua, nº) \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Mãe: Nome completo \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Local de nascimento \_\_\_\_\_

Endereço (rua, nº) \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Filhos (fornecer os nomes completos)

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

## OUTRAS INFORMAÇÕES

Deixou bens ?  Sim  Não Faleceu com testamento conhecido?  Sim  Não

Deixou herdeiros menores ?  Sim  Não

Em caso afirmativo,

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

## DECLARANTE

Nome \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel/Fax: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apresentar, junto com este formulário, originais e cópias de todos os documentos de identidade do declarante, do falecido, do cônjuge do falecido e dos filhos do falecido, segundo as instruções constantes no site do Consulado-Geral do Brasil em Paris.