

**DECLARANTE:**

Nome:

 PAI MÃE REGISTRANDO

Telefone:

Trab.. (____) _____

Res. : (____) _____

DADOS DO REGISTRANDO:

Nome completo:

Sexo:

 M F

Data de nascimento:

____/____/____
Dia Mês Ano

Horário de nascimento:

____/____/____
Hora(s) Minuto(s)

Local de nascimento:

Nome do hospital _____

Cidade _____ Estado _____ País _____

FILIAÇÃO:

Pai (nome completo):

Data de nascimento:

____/____/____
dia mês ano

Natural de (cidade/estado/país):

Nacionalidade:

Profissão:

Mãe (nome completo):

Data de nascimento:

____/____/____
dia mês ano

Natural de (cidade/estado/país):

Nacionalidade:

Profissão:

Idade da mãe na ocasião do parto:

Endereço dos pais da criança:

Rua, nº _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____ País _____

Nome completo dos avós paternos da criança (mencionar se falecidos):

Sr. _____

Sra. _____

Nome completo dos avós maternos da criança (mencionar se falecidos):

Sr. _____

Sra. _____

Declara, para os devidos fins, que o registrando, até a presente data, não foi registrado em qualquer repartição consular brasileira ou teve a certidão estrangeira de nascimento transcrita em

Cartório de Registro Civil no Brasil, pelo que requer seja procedido o registro de nascimento, para o que oferece as testemunhas abaixo qualificadas, que confirmam, sob as penas da lei, a veracidade das informações acima prestadas.

Testemunha 1: _____

Nome: _____

Local e data de nascimento: _____ em _____ / _____ / _____
Dia Mês Ano

Documento de identificação: _____

Endereço completo: _____

Telefone: (____) _____

Testemunha 2: _____

Nome: _____

Local e data de nascimento: _____ em _____ / _____ / _____
Dia Mês Ano

Documento de identificação: _____

Endereço completo: _____

Telefone: (____) _____

Declarante:

Assistente (somente para os menores entre 16 e 18 anos):
