REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES
CONSULADO-GERAL DO BRASIL EM NOVA YORK
225 East 41st Street, New York, NY, 10017-6927
Tel: (917) 777-7777 - Fax: (212) 827-0225
Email: registrocivil.novayork@itamaraty.gov.br –
http://novayork.itamaraty.gov.br

FORMULÁRIO DE ÓBITO

PREENCHER A MÁQUINA OU EM LETRA DE FORMA

1 - DADOS DO REQUERENTE (pessoa que vai declarar o óbito)**:**

Nome completo (sem abreviatura)**:** _____
Data de nascimento: _____/_____/_____ **Sexo:** feminino( ) masculino( ) **Telefone:** _____
dia mês ano
País de nascimento: _____ **Nacionalidade:** _____
Estado de nascimento: _____ **Cidade de nascimento:** _____

Documento de identificação do requerente: ( )**RG** ( )**PASSAPORTE** ( )**RNE** ( )**OUTRO**

Número do documento: _____ **Estado onde foi emitido:**_____
Nome do órgao que emitiu o documento: _____
Data de emissão: _____ **Data de validade** (se houver)**:** _____
dia/mês/ano dia/mês/ano

2 – DADOS DO FALECIDO(A):

Nome completo (sem abreviatura**) :**_____
Data de nascimento: _____/_____/_____ **Sexo:** feminino( ) masculino( )
dia mês ano
País de nascimento: _____ **Estado de nascimento:** _____
Cidade de nascimento:_____ **Nacionalidade:**_____
Estado civil: _____ **Eleitor brasileiro(a)? s**im( ) não( )

Documentos de identificação do falecido(a): ( )**RG** ( )**PASSAPORTE** ( )**RNE** ( )**OUTRO**

Número do documento:_____ _____ **Estado onde foi emitido:** _____
Nome do órgão oficial que emitiu o documento: _____
Data de emissão: _____ **Data de validade :**_____ **CPF :** _____
dia/mês/ano dia/mês/ano

Endereço residencial do falecido (a): _____
País:_____ **Estado:** _____ **Cidade:** _____ **Código Postal:** _____

Nome completo do pai do falecido: _____
Nome completo da mãe do falecido: _____

3 – DADOS DO ÓBITO:

Data do falecimento: _____ **Hora do falecimento**:_____ ( ) manhã **Idade ao falecer:** ____
dia/mês/ano ( ) tarde
Onde faleceu? _____ _____ _____
País Estado Cidade
Motivo do falecimento: _____
Nome do médico(a) atestante: _____
Órgão expedidor do atestado: _____

Se houve cremação, nome completo do crematório: _____
Endereço completo do crematório:_____
Se foi sepultado nos EUA, nome completo do cemitério: _____
Endereço completo do cemitério nos EUA: _____
Se for sepultado no Brasil, nome completo do cemitério: _____
Endereço completo do cemitério no Brasil: _____
Data da cremação ( ) ou do sepultamento ( ): _____
dia/mês/ano

4 – INFORMAÇÕES GERAIS:

Deixou bens? ( )Sim ( )Não **Deixou testamento?** ( )Sim ( )Não **Deixou herdeiros menores?** ( ) Sim ( ) Não
Estado civil: ( )Casado ( )Solteiro ( )Viúvo ( )Divorciado ( )Separado
Nome completo do cônjuge (ou ex-cônjuge):_____ _____

Deixou filhos? ( ) Sim ( ) Não **Nomes e datas de nascimento dos filhos:**

_____ _____
dia/mês/ano
_____ _____
dia/mês/ano
_____ _____
dia/mês/ano

_____ _____
dia/mês/ano **Assinatura do Requerente**