



# FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE REGISTRO DE NASCIMENTO

## BIRTH REGISTRATION APPLICATION FORM

A LAVRATURA DE MAIS DE UM REGISTRO PARA A MESMA CRIANÇA E/OU A EXISTÊNCIA DE INFORMAÇÕES INVERÍDICAS NO REQUERIMENTO IMPLICARÃO EM CRIME DE FALSIDADE IDEOLÓGICA.

<b>1 - REQUERENTE/DECLARANTE / APPLICANT/DECLARANT</b>			
<input type="checkbox"/> Mãe / MOTHER	<input type="checkbox"/> Pai / FATHER	<input type="checkbox"/> Registrando(a) / SELF	<input type="checkbox"/> Outros / OTHER

<b>2- DADOS DO REQUERENTE/DECLARANTE / APPLICANT/DECLARANT'S INFORMATION</b>			
<b>Nome Completo (sem abreviaturas) / FULL NAME</b>		<b>Data de Nascimento / DATE OF BIRTH</b>	
		<b>Dia / DAY</b>	<b>Mês / MONTH</b>
		<b>Ano / YEAR</b>	
<b>Local de Nascimento / PLACE OF BIRTH</b>		<b>Profissão / PROFESSION</b>	<b>Nacionalidade / NATIONALITY</b>
<b>Cidade / CITY</b>	<b>Estado / STATE</b>	<b>País / COUNTRY</b>	
<input type="checkbox"/> PASSAPORTE VÁLIDO / VALID PASSPORT		<input type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE / ID CARD	
<b>Nº / NUMBER</b>	<b>Órgão Expedidor / ISSUING AUTHORITY</b>	<b>Data de Expedição / DATE OF ISSUANCE</b>	<b>Válido Até / VALID UNTIL</b>

<b>3- DADOS DO REGISTRANDO / REGISTERED PERSON'S INFORMATION</b>			
<b>Nome Completo (sem abreviaturas) / FULL NAME</b>		<b>Data de Nascimento / DATE OF BIRTH</b>	
		<b>Dia / DAY</b>	<b>Mês / MONTH</b>
		<b>Ano / YEAR</b>	
<b>Horário de Nascimento / TIME OF BIRTH</b>		<b>Nome do Hospital</b>	<b>Local de Nascimento</b>
<b>Hora / HOUR</b>	<b>Min. / MINUTS</b>	<input type="checkbox"/> AM	<b>Cidade / CITY</b>
		<input type="checkbox"/> PM	<b>UF / STATE</b>
			<b>País / COUNTRY</b>
<b>Sexo / SEX</b>	<b>Irmão Gêmeo? / TWIN BROTHER/SISTER?</b>	<b>Se Sim, Nome do(a) Gêmeo(a) / IF YES, NAME OF THE TWIN BROTHER/SISTER</b>	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO		

<b>4- DADOS DA MÃE / MOTHER'S INFORMATION</b>			
<b>Nome Completo (sem abreviaturas) / FULL NAME</b>		<b>Data de Nascimento / DATE OF BIRTH</b>	
		<b>Dia / DAY</b>	<b>Mês / MONTH</b>
		<b>Ano / YEAR</b>	
<b>Local de Nascimento / PLACE OF BIRTH</b>		<b>Nacionalidade / NATIONALITY</b>	<b>Profissão / PROFESSION</b>
<b>Cidade / CITY</b>	<b>Estado / STATE</b>	<b>País / COUNTRY</b>	
<b>Está Viva? / IS SHE ALIVE?</b>		<b>A Serviço do Governo Brasileiro no Exterior? / ABROAD SERVING THE BRAZILIAN GOVERNMENT?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim / YES	<input type="checkbox"/> Não / NO	<input type="checkbox"/> Sim / YES	<input type="checkbox"/> Não / NO
<b>Estado Civil no Brasil / MARITAL STATUS IN BRAZIL</b>			
<input type="checkbox"/> Solteira / SINGLE	<input type="checkbox"/> Casada / MARRIED	<input type="checkbox"/> Divorciada / DIVORCED	<input type="checkbox"/> Viúva / WIDOWED
<input type="checkbox"/> Separada Judicialmente / LEGALLY SEPARATED		<input type="checkbox"/> União Estável	

DADOS DA MÃE (Cont.) / MOTHER'S INFORMATION (Cont.)			
<input type="checkbox"/> PASSAPORTE VÁLIDO / VALID PASSPORT		<input type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE / ID CARD	
Nº / NUMBER	Órgão Expedidor / ISSUING AUTHORITY	Data de Expedição / DATE OF ISSUANCE	Válido Até / VALID UNTIL
Endereço Residencial (Número/ Rua / Apto) / HOME ADDRESS (Number/Street/ Apartment)		Cidade / CITY	Estado / STATE
CEP / ZIP CODE	País / COUNTRY	Nº de Telefone / PHONE NUMBER ( )	E-mail
Nome Completo da Avó Materna da Criança / CHILD'S MATERNAL GRANDMOTHER'S FULL NAME			Falecida? / DECEASED? <input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO
Nome Completo do Avô Materno da Criança / CHILD'S MATERNAL GRANDFATHER'S FULL NAME			Falecido? / DECEASED? <input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO

5- DADOS DO PAI / FATHER'S INFORMATION			
Nome Completo (sem abreviaturas) / FULL NAME			Data de Nascimento / DATE OF BIRTH Dia / DAY    Mês / MONTH    Ano / YEAR
Local de Nascimento / PLACE OF BIRTH Cidade / CITY    Estado / STATE    País / COUNTRY		Nacionalidade / NATIONALITY	Profissão / PROFESSION
Está Vivo? / IS HE ALIVE? <input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO		A Serviço do Governo Brasileiro no Exterior? / ABROAD SERVING THE BRAZILIAN GOVERNMENT? <input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO	
Estado Civil no Brasil / MARITAL STATUS IN BRAZIL <input type="checkbox"/> Solteiro / SINGLE <input type="checkbox"/> Casado / MARRIED <input type="checkbox"/> Divorciado / DIVORCED <input type="checkbox"/> Viúvo / WIDOWED <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente / LEGALLY SEPARATED <input type="checkbox"/> União Estável			
<input type="checkbox"/> PASSAPORTE VÁLIDO / VALID PASSPORT		<input type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE / ID CARD	
Nº / NUMBER	Órgão Expedidor / ISSUING AUTHORITY	Data de Expedição / DATE OF ISSUANCE	Válido Até / VALID UNTIL
Endereço Residencial (Número/ Rua / Apto) / HOME ADDRESS (Number/Street/ Apartment)		Cidade / CITY	Estado / STATE
CEP / ZIP CODE	País / COUNTRY	Nº de Telefone / PHONE NUMBER ( )	E-mail
Nome Completo da Avó Paterna da Criança / CHILD'S PATERNAL GRANDMOTHER'S FULL NAME			Falecida? / DECEASED? <input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO
Nome Completo do Avô Paterno da Criança / CHILD'S PATERNAL GRANDFATHER'S FULL NAME			Falecido? / DECEASED? <input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO

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.

Data / DATE Dia / DAY    Mês / MONTH    Ano / YEAR	Assinatura / SIGNATURE
-------------------------------------------------------	------------------------