



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES  
POSTO Embaixada do Brasil em Varsovia

## REQUERIMENTO DE REGISTRO DE NASCIMENTO

(Preencher à máquina ou em letra de forma)

### DECLARANTE:

Nome:

Telefone:

PAI  MÃE  REGISTRANDO

Trab.. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Res. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### DADOS DO REGISTRANDO:

Nome completo:

Sexo:

M  F

Data de nascimento:

Horário de nascimento:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dia Mês Ano

\_\_\_\_/\_\_\_\_  
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):

\_\_\_\_\_