

## FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DE REGISTRO DE ÓBITO

### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO CARTÓRIO

CNS:

### 2 - IDENTIFICAÇÃO DO ÓBITO - MATRÍCULA

Serventia:		Acervo:		Tipo:		Ano:	
T:	Livro:	Folha:	Termo:	DV:			

### 3 - DADOS BÁSICOS DO FALECIDO

Nome:		
Data de Nascimento:	Idade:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado		
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado		
<b>Naturalidade</b>		
País de Nascimento:		
Município:	UF:	
Nacionalidade:		
Profissão:		
<b>Domicílio e Residência do Falecido</b>		
Logradouro:		
Número:	Complemento:	Bairro:
Município:	UF:	
Caso Endereço seja no exterior:		

### 4 – DADOS DO ÓBITO

Data do Óbito:	Hora do Óbito:	
* Data da Lavratura do Óbito:	Número da declaração de Óbito:	
<b>Local de Falecimento/Sepultamento</b>		
Tipo do Local de Falecimento: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros Serviços de Saúde <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Outros		
Nome do Local de Falecimento:		
<b>Endereço do Local de Falecimento</b>		
Logradouro:		
Número:	Complemento:	Bairro:
Município:	UF:	
Caso Endereço seja no exterior:		
Local do Sepultamento:		
<b>Causa da Morte</b>		
Tipo de Morte: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Violenta		

Causa Conhecida:
Nome do Atestante Primário:

<b>5 – DADOS DA FILIAÇÃO DO FALECIDO</b>	
<b>FILIAÇÃO 1</b>	
Nome da Filiação:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	
<b>Naturalidade</b>	
País de Nascimento:	
Município:	UF:
Nacionalidade:	
Profissão da Filiação :	
<b>FILIAÇÃO 2</b>	
Nome da Filiação:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	
<b>Naturalidade</b>	
País de Nascimento:	
Município:	UF:
Nacionalidade:	
Profissão da Filiação:	
<b>Observação:</b> Em caso de mais filiações, utilizar o formulário em anexo (Anexo I).	

<b>6 – DADOS COMPLEMENTARES</b>			
<b>Documentos do Falecido</b>			
* CPF:	* RIC:	* RNE:	
* NIT:	* Certidão de Nascimento (Matrícula):		
<b>Título de Eleitor</b>			
* Nº Doc:	* Data de Emissão:		
<b>Carteira de Identidade/Profissional</b>			
* Nº Doc:	* UF de emissão:	* Órgão de emissão:	* Data de emissão:
<b>CNH</b>			
* Nº Doc:	* Data da Primeira Habilitação:		
<b>Passaporte</b>			
* Nº Doc:	* Série:	Data de emissão:	
<b>CTPS</b>			
* Nº Doc:	* UF de emissão:	* Órgão de emissão:	* Data de emissão:
<b>Carteira de Marítimo</b>			
* Nº Doc:	* Data de Emissão:		
<b>Identidades Estrangeiras Aceitas por Tratados</b>			
* Nº Doc:	* Descrição:		
<b>Carteira de Reservista</b>			

* Nº Doc:				
<b>Outro</b>				
* Nº Doc:		* Descrição:		
Era Eleitor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
<b>Dados Previdenciários</b>				
<b>Benefício(s) do INSS</b>				
Nº:	Nº:	Nº:	Nº:	Nº:

<b>7 – DECLARANTE</b>				
Nome do Declarante:				
<b>Documentos do Declarante</b>				
* CPF:		* RIC:		* RNE:
* NIT:		* Certidão de Nascimento (Matrícula):		
<b>Título de Eleitor</b>				
* Nº Doc:			* Data de Emissão:	
<b>Carteira de Identidade/Profissional</b>				
* Nº Doc:	* UF de emissão:	* Órgão de emissão:	* Data de emissão:	
<b>CNH</b>				
* Nº Doc:			* Data da Primeira Habilitação:	
<b>Passaporte</b>				
* Nº Doc:		* Série:	Data de emissão:	
<b>CTPS</b>				
* Nº Doc:	* UF de emissão:	* Órgão de emissão:	* Data de emissão:	
<b>Carteira de Marítimo</b>				
* Nº Doc:			* Data de Emissão:	
<b>Identities Estrangeiram Aceitas por Tratados</b>				
* Nº Doc:		* Descrição:		
<b>Carteira de Reservista</b>				
* Nº Doc:				
<b>Outro</b>				
* Nº Doc:		* Descrição:		

<b>8 – OBSERVAÇÕES</b>				
Observações:				
<p>O preenchimento completo dos campos permitirá que as políticas públicas sejam melhor planejadas. A ausência, as informações incompletas ou inexatas produzem efeitos contrários ao que o Governo Federal propõe.</p>				

**9 – EMISSOR E OFICIAL DE REGISTRO CIVIL**

Emissor / Assinatura e Carimbo

Oficial Reg. Civil / Assinatura e Carimbo

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ANEXO I - Formulário de Registro de Filiação

		SIRC – SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES DE REGISTRO CIVIL			
<b>FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DE REGISTRO DE ÓBITO</b>					
<b>1 - IDENTIFICAÇÃO DO CARTÓRIO</b>					
CNS:					
<b>2 - IDENTIFICAÇÃO DO ÓBITO - MATRÍCULA</b>					
Serventia:		Acervo:		Tipo:	Ano:
T:	Livro:	Folha:		Termo:	DV:
<b>3 – DADOS DA FILIAÇÃO DO FALECIDO</b>					
<b>FILIAÇÃO:</b> <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
Nome da Filiação:					
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado					
<b>Naturalidade</b>					
País de Nascimento:					
Município:				UF:	
Nacionalidade:					
Profissão da Filiação:					