



REGISTRO CIVIL

DE PESSOAS NATURAIS DO 1º DISTRITO DE DUQUE DE CAXIAS

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CARTÓRIO

Livro C-_____ folha_____ termo_____ Ordem de serviço nº _____

Consultas (Art. 675 § 5º do CN da CGJ/RJ): () SIRC () MAS () CRC

Atenção: Se qualquer módulo de consulta estiver indisponível, avisar imediatamente ao substituto.

Em caso de indisponibilidade de quaisquer dos módulos de consulta enumerados no parágrafo anterior, lavrar-se-á o registro e a consulta será realizada assim que possível, de preferência antes da transmissão do ato. (Art. 782 § 2º com referência ao Art. 675 § 6º do Código de Normas da CGJ/RJ)

REQUERIMENTO/DECLARAÇÃO PARA REGISTRO DE ÓBITO

NOME DO DECLARANTE: _____

FILHO(A) DE: _____

Profissão: _____ Estado Civil: _____ União Estável: _____

CPF: _____ Documento de Identificação _____

Órgão: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Idade: _____

Naturalidade (cidade de nascimento): _____ UF (estado): _____

Endereço de residência: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Domiciliado (local de trabalho) _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

NOME DO(A) FALECIDO(A): _____

NOME DOS PAIS DO(A) FALECIDO(A): _____

Endereço de residência: _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Data de nascimento do(a) falecido(a): ____/____/____ Idade: _____

Naturalidade (cidade de nascimento): _____ UF (estado): _____

Profissão: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

(Somente preencher o nome do cônjuge se apresentar a Certidão de Casamento)

Nome do Cônjuge: _____

Certidão de Casamento Livro nº: _____, Folhas: _____, Termo: _____

ASSINATURA DO ESCRIVENTE

Visto em ____/____/____

ASSINATURA DO SUBSTITUTO

Visto em ____/____/____

Local do Falecimento: _____

() Morte Natural () Morte Violenta

A Guia de óbito foi assinada por 02 (dois) médicos? () Sim () Não

() Sepultamento () Cremação

Nome do Cemitério/Crematório: _____

Município _____ Estado _____

Era Eleitor? () Sim () Não () Ignora

Deixou bens a inventariar? () Sim () Não () Ignora

Deixou testamento? () Sim () Não () Ignora

Deixou herdeiros? () Sim () Não () Ignora

Deixou filhos(as)? () Sim () Não () Ignora

Quantos filhos(as) menores/interditos? _____ Quantos filhos(as) maiores? _____

Nome completo e idade de **todos** os filhos: (Não é obrigatório preencher.)

Marque quais documentos do falecido(a) foram apresentados:

() Documento de identificação (RG, CNH etc.) Nº _____

() CPF Nº _____

() Título de eleitor nº _____

() Título de eleitor nº _____

() PIS/PASEP/NIT ou cartão de benefício nº _____

() Certidão de Nascimento/Casamento

() OUTROS (especificar): _____

Número da **D.O.** (Declaração de Óbito) _____

Declaro para os devidos fins que as informações mencionadas por mim, neste assento de Óbito são verdadeiras e corretas, de minha inteira responsabilidade, e foram conferidas por mim, juntamente com o funcionário do Cartório e caso haja algum erro e ou omissões no respectivo assento ele só poderá ser alterado através de procedimento de retificação, e isto acarretará emolumentos no valor de R\$ 736,85 (setecentos e trinta e seis reais e oitenta e cinco centavos - que corresponde a soma do valor do processo + averbação + certidão breve relato). **Estou ciente de que** o Município de Duque de Caxias não faz traslado de corpo para outro município gratuitamente. O(A) Declarante ignora as demais declarações previstas no Artigo 80, da Lei 6.015/73.

Duque de Caxias-RJ, ____/____/____.

Assinatura do(a) Declarante: _____

Grau de Parentesco com o Falecido: _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DO(A) FALECIDO(A): DO (Declaração de Óbito) em duas vias: uma amarela e uma branca; **DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO** (RG, CNH, RNE, Passaporte); **CPF** e demais documentos comprobatórios do(a) falecido(a) em seus originais e cópias. (Lei 7.116 de 29/08/1983 e Decreto 89.250 de 27/12/1983. Sem rasura, emenda e em bom estado de conservação).

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DO(A) DECLARANTE: **DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO** (RG, CNH, RNE, Passaporte) e **CPF** em seus originais e cópias. (Lei 7.116 de 29/08/1983 e Decreto 89.250 de 27/12/1983. Sem rasura, emenda e em bom estado de conservação).

SE NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO ESTIVER ESCRITO “CAUSA INDETERMINADA”: **Presença de duas testemunhas qualificadas** que presenciaram ou verificaram a morte. (Art. 781 parágrafo único do Código de Normas da CGJ/RJ).

QUALIFICAÇÃO DAS TESTEMUNHAS:

TESTEMUNHA: _____
Nacionalidade _____ .Estado civil _____
Município e estado que nasceu _____
Profissão: _____ Portador(a) do CPF nº.: _____
Identidade nº _____ Órgão Emissor: _____ Expedição ____ / ____ / ____
Residente _____

Cep.: _____
Filiação: _____

Tel: _____ Email: _____.

TESTEMUNHA: _____
Nacionalidade _____ .Estado civil _____
Município e estado que nasceu _____
Profissão: _____ Portador(a) do CPF nº.: _____
Identidade nº _____ Órgão Emissor: _____ Expedição ____ / ____ / ____
Residente _____

Cep.: _____
Filiação: _____

Tel: _____ Email: _____.

Duque de Caxias-RJ. ____ / ____ / ____.

Testemunha _____

Testemunha _____