



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

Era Reservista? ☐ 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 _____

☐ 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 referentes ao processo de retificação, averbação e certidão conforme valores em vigor na tabela de emolumentos extrajudiciais da Corregedoria Geral da Justiça do Estado do Rio de Janeiro. **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 _____