



REGISTRO CIVIL

DE PESSOAS NATURAIS DO 1º DISTRITO DE DUQUE DE CAXIAS

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CARTÓRIO

Livro A- _____ folha _____ termo _____ Ordem de serviço nº _____

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

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 de nascimento e a consulta será realizada assim que possível, de preferência antes da transmissão do ato. (Art. 675 § 6º do Código de Normas da CGJ/RJ)

REQUERIMENTO/DECLARAÇÃO PARA REGISTRO DE NASCIMENTO

OBS.: Preencher com Letra de Forma e Legível

NOME DO(A) DECLARANTE: _____

Nacionalidade (diga se é brasileiro, argentino, etc) _____

Estado civil _____ **Profissão:** _____

Naturalidade (município que nasceu) _____ **UF (estado)** _____

CPF nº.: _____ **Identidade nº** _____

Órgão Emissor: _____ **Expedição** _____ / _____ / _____ **Residente (endereço completo):** _____

Bairro _____

Cidade e estado _____ **CEP.:** _____

Tel.: _____ **E-mail:** _____

AVÓS (são os avós do bebê): _____

GENITOR(A) 2: _____

Nacionalidade (diga se é brasileiro, argentino, etc) _____

Estado civil _____ **Profissão:** _____

Naturalidade (município que nasceu) _____ **UF (estado)** _____

CPF nº.: _____ **Identidade nº** _____

Órgão Emissor: _____ **Expedição** _____ / _____ / _____ **Residente (endereço completo):** _____

Bairro _____

Cidade e estado _____ **CEP.:** _____

Tel.: _____ **E-mail:** _____

AVÓS (são os avós do bebê): _____

Venho requerer que registre meu/minha: () Filho () Filha **COM O NOME DE:** _____

DO SEXO: _____ **NASCIDO(A) NO DIA:** _____ / _____ / _____,

às: _____ **horas** **IDADE DA MÃE NA OCASIÃO DO PARTO:** _____ **Local da Ocorrência:** _____

() Hospital () Outros Estabelecimentos de Saúde () Domicílio () outros () ignorado

NOME DO LOCAL DO NASCIMENTO: _____

Cidade: _____ **UF (estado)** _____

Nº da Declaração de Nascido Vivo (DNV): _____

DECLARO sob as penas da Leis que A PESSOA INTERESSADA NO REGISTRO AINDA NÃO FOI REGISTRADA EM NENHUM CARTÓRIO e que as informações acima são verídicas e de minha inteira responsabilidade. **DECLARO** para os devidos fins que as informações mencionadas por mim, no assento de Nascimento são verdadeiras e corretas, e foram conferidas por mim, juntamente com o funcionário do Cartório e caso haja algum erro no respectivo assento ele só poderá ser retificado por ordem Judicial e isto acarretará emolumentos.

Nesses termos, peço deferimento. Duque de Caxias-RJ. _____/_____/_____.

Ass. do(a) declarante: _____

Documentos necessários: Declaração de Nascido Vivo (DNV) fornecida pela maternidade ou hospital, Dos pais: RG e CPF ou CNH, certidão de casamento caso sejam casados, originais e cópias legíveis (alguns casos, comprovante de residência). **ATENÇÃO: Nascimento sem assistência médica ou fora da Unidade Hospitalar ou Casa de Saúde (Art. 691 do CN da CGJ-RJ):** Em partos ocorridos sem assistência médica ou ocorridos fora da unidade hospitalar ou casa de saúde, além dos documentos acima, será necessária a participação no ato de **duas testemunhas que acompanharam o parto ou atestem a gravidez**, com identidade e CPF (originais e cópias legíveis). (art. 54, nº 9, da Lei nº 6.015/73).