



DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) FALECIDO(A)

Nome completo		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data de nascimento ____/____/____ dia mês ano	Idade	Local de nascimento (cidade/país)
Estado civil <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> outros _____		
Cartório de registro de casamento (preencher mesmo em caso de separação, divórcio ou viuvez)		
Profissão	Eleitor brasileiro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Endereço residencial completo (rua/nº/cidade/estado/país) Rua, nº _____ Cidade/Estado _____ CEP _____ País _____		

DADOS SOBRE O ÓBITO

Data de falecimento ____/____/____ ____/____ dia mês ano hora(as) minuto(s)	Local de falecimento (cidade/país)
Motivo de falecimento	Nome do(a) atestante
Local de sepultamento, se for o caso (nome e endereço do cemitério) Nome _____ Endereço (Rua, nº) _____ Cidade _____ Estado _____ País _____	
Se cremado, indicar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

