

Nome do Cemitério e Município/UF: _____

Dia do Sepultamento: ____/____/____ Horário do Sepultamento: _____

Estado Civil do(a) Falecido(a): _____ Sexo: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Filiação:

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Raça/cor do falecido(a): () branca () parda () preta () indígena () amarela

Eleitor(a): () Sim () Não

Deixou Testamento: () Sim () Não

Deixou Bens a Inventariar: () Sim () Não

Deixou Filho(s) Menor(es): () Sim () Não

Deixou Filho(s) Interditados: () Sim () Não

*OBS: Se deixou filhos, favor relacionar abaixo o nome completo e idade de cada um.

NOME	IDADE
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	

Documento(s) do(a) Falecido(a) que foram apresentados:

() Certidão de Nascimento / Casamento

() Documento de Identidade: _____

() Carteira de Trabalho: _____

() CPF () Não possuía () Outros: _____

() Título de Eleitor

() Nº Benefício

() Outros: _____

**** As informações aqui prestadas são de inteira responsabilidade do(a) Declarante, que responderá civil e criminalmente pelas mesmas, ficando ciente de que havendo necessidade de correção, estas somente poderão ocorrer através de Determinação Judicial ****

Nome do(a) Declarante: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Declarante: _____