



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SANTA CATARINA MUNICÍPIO
E COMARCA DE JOINVILLE**

Rua Blumenau, 953, 5º Andar - Fone: (47) 3512-5900

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS, INTERDIÇÕES E TUTELAS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E PESSOAS JURÍDICAS

Vitor Stagi Almada
Oficial Registrador

Eu, _____
NOME DO(A) DECLARANTE POR EXTENSO

declaro, para os devidos fins e sob as penas da lei, que as informações constantes na certidão apresentada (quando for o caso), utilizada para o registro de óbito de:

NOME COMPLETO DO(A) FALECIDO(A)

permanecem inalteradas até a presente data, não constando qualquer anotação, averbação ou alteração à margem do respectivo termo.

Declaro, ainda, estar ciente de que eventual incorreção no registro de óbito decorrente da ausência de atualização das informações constantes na certidão ou documento apresentado será de minha inteira responsabilidade, devendo eventual retificação ser requerida mediante procedimento administrativo ou judicial cabível, conforme o caso.

Tenho ciência de que os custos e providências necessários para eventual regularização correrão por minha exclusiva iniciativa e responsabilidade, ficando o Registro Civil de Joinville isento de qualquer responsabilidade quanto às informações declaradas e aos efeitos decorrentes da documentação apresentada.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Joinville-SC, ____/____/____

ASSINATURA DO(A) DECLARANTE

CERTIFICO QUE A ASSINATURA QUE CONSTA NESTE
DOCUMENTO FOI APOSTA NA MINHA PRESENÇA.
Dou FÉ.
REGISTRO CIVIL DE JOINVILLE, SC

FICHA PARA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

DADOS DO(A) FALECIDO(A)

Nome completo do(a) falecido(a): _____

Naturalidade : _____

(Cidade onde nasceu)

Profissão: _____

(Caso seja aposentado(a), informar a profissão exercida antes da aposentadoria, seguida da palavra "aposentado(a)". Ex.: Industriário aposentado)

Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) () Separado(a) judicialmente

FILIAÇÃO

Pai

Nome completo: _____

Naturalidade: _____

() Vivo () Falecido — Data do falecimento: ____/____/____

Se vivo, preencher:

Profissão: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Bairro: _____

Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Mãe

Nome completo: _____

Naturalidade: _____

() Viva () Falecida — Data do falecimento: ____/____/____

Se viva, preencher:

Profissão: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Bairro: _____

Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

DADOS COMPLEMENTARES

Local do sepultamento/cremação:

() Será sepultado(a) () Já foi sepultado(a) () Será cremado(a) () Foi cremado(a)

Nome completo do cemitério/crematório: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Deixa bens a inventariar/partilhar?

(Ex.: casa, terreno, carro, dinheiro, etc.)

() Sim () Não

Era eleitor(a)?

() Sim () Não

Deixa testamento conhecido?

() Sim () Não

Nome do cônjuge: _____

(Preencher em caso de casado(a), separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a))

FILHOS DO(A) FALECIDO(A)

Informar o nome completo e a idade dos filhos vivos e falecidos do(a) falecido(a), em ordem cronológica, do filho mais velho para o mais novo:

1. Nome completo: _____ Idade: _____ anos
2. Nome completo: _____ Idade: _____ anos
3. Nome completo: _____ Idade: _____ anos
4. Nome completo: _____ Idade: _____ anos
5. Nome completo: _____ Idade: _____ anos
6. Nome completo: _____ Idade: _____ anos
7. Nome completo: _____ Idade: _____ anos
8. Nome completo: _____ Idade: _____ anos
9. Nome completo: _____ Idade: _____ anos
10. Nome completo: _____ Idade: _____ anos

NÃO DEIXOU FILHOS ()

DADOS DO(A) DECLARANTE

Nome completo do(a) declarante: _____

Grau de parentesco com o(a) falecido(a): _____

CPF nº: _____

Naturalidade: _____
(Cidade onde nasceu)

Profissão: _____
(Caso seja aposentado(a), informar a profissão exercida antes da aposentadoria, seguida da palavra "aposentado(a)". Ex.: Pedreiro aposentado)

Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) () Separado(a) judicialmente

Endereço residencial completo: _____ Nº: _____
Bairro: _____ Complemento: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para os devidos fins, que recebi as orientações necessárias desta serventia quanto à documentação apresentada para a realização do registro de óbito, estando ciente de que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade.

Declaro, ainda, estar ciente da Política de Privacidade e Proteção de Dados adotada por esta serventia, autorizando o tratamento dos dados pessoais fornecidos exclusivamente para a finalidade relacionada aos atos registrares e demais procedimentos administrativos necessários, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais — LGPD (Lei nº 13.709/2018).

Autorizo, igualmente, a manutenção dos dados pessoais no sistema de automação da serventia pelo período necessário ao cumprimento das obrigações legais, regulamentares e administrativas aplicáveis.

E, por ser verdade, firmo o presente.

Joinville-SC, ____/____/____

ASSINATURA DO(A) DECLARANTE

Telefone do(a) declarante: (____) _____