

DADOS DO DECLARANTE:

GRAU DE PARENTESCO: _____

ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO: _____

DADOS DO FALECIDO (A):

ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO: _____

NATURALIDADE: _____

NOME PAI: _____

NATURALIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO: _____

NOME MÃE: _____

NATURALIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL DO SEPULTAMENTO: _____

DEIXA TESTAMENTO? () SIM () NÃO

DEIXA BENS? () SIM () NÃO

ERA ELEITOR (A)? () SIM () NÃO

ERA BENEFICIÁRIO DO INSS? () SIM () NÃO

DEIXA FILHOS? () SIM () NÃO

DEIXA FILHO INTERDITO? () SIM () NÃO

NOME: _____ IDADE: _____

NOME: _____ IDADE: _____

NOME: _____ IDADE: _____

NOME: _____ IDADE: _____

NOME: _____ IDADE: _____