



(Preencher a máquina ou em letra de forma)

### DECLARANTE

Assinatura: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Trab.. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

PAI  MÃE

Res. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### DADOS DA CRIANÇA

Nome completo: \_\_\_\_\_

Sexo:

M  F

Data de nascimento:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Hora(s) Minuto(s)

Local de nascimento (hospital ou clínica): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

### FILIAÇÃO

Pai (nome completo): \_\_\_\_\_

Data de nascimento:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
dia mês ano

Natural de (cidade/estado/país): \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Mãe (nome completo): \_\_\_\_\_

Data de nascimento:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
dia mês ano

Natural de (cidade/estado/país): \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Idade da mãe na ocasião do parto: \_\_\_\_\_

Endereço dos pais da criança:

Rua, nº \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Nome completo dos avós paternos da criança (mencionar se falecidos):

Sr. \_\_\_\_\_

Sra. \_\_\_\_\_

Nome completo dos avós maternos da criança (mencionar se falecidos):

Sr. \_\_\_\_\_

Sra. \_\_\_\_\_