



**CONSULADO-GERAL DO BRASIL EM BOSTON**  
**FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE REGISTRO DE NASCIMENTO MAIORES 12 ANOS**  
**BIRTH REGISTRATION APPLICATION FORM FOR OVER TWELVE YEARS OLD**  
A LAVRATURA DE MAIS DE UM REGISTRO PARA A MESMA CRIANÇA E/OU A EXISTÊNCIA DE INFORMAÇÕES INVERDÍDICAS NO REQUERIMENTO IMPLICARÃO EM CRIME DE FALSIDADE IDEOLÓGICA.

<b>1 - REQUERENTE/DECLARANTE / APPLICANT/DECLARANT</b>											
<input type="checkbox"/> Mãe / MOTHER <input type="checkbox"/> Pai / FATHER <input type="checkbox"/> Registrando(a) / SELF <input type="checkbox"/> Outros / OTHER											
<b>2- DADOS DO REQUERENTE/DECLARANTE / APPLICANT/DECLARANT'S INFORMATION</b>											
Nome Completo (sem abreviaturas) / FULL NAME						Data de Nascimento / DATE OF BIRTH					
						Dia / DAY		Mês / MONTH		Ano / YEAR	
Local de Nascimento / PLACE OF BIRTH				Profissão / PROFESSION			Nacionalidade / NATIONALITY				
Cidade / CITY		Estado / STATE		País / COUNTRY							
<input type="checkbox"/> PASSAPORTE VÁLIDO / VALID PASSPORT <input type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE / ID CARD											
Nº / NUMBER		Órgão Expedidor / ISSUING AUTHORITY			Data de Expedição / DATE OF ISSUANCE			Válido Até / VALID UNTIL			
<b>3- DADOS DO REGISTRANDO / REGISTERED PERSON'S INFORMATION</b>											
Nome Completo (sem abreviaturas) / FULL NAME						Data de Nascimento / DATE OF BIRTH					
						Dia / DAY		Mês / MONTH		Ano / YEAR	
Horário de Nascimento / TIME OF BIRTH			Nome do Hospital			Local de Nascimento					
Hora / HOUR	Min. / MINUTS	<input type="checkbox"/> AM				Cidade / CITY		UF / STATE	País / COUNTRY		
		<input type="checkbox"/> PM									
Sexo / SEX		Irmão Gêmeo? / TWIN BROTHER/SISTER?			Se Sim, Nome do(a) Gêmeo(a) / IF YES, NAME OF THE TWIN BROTHER/SISTER						
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sim / YES	<input type="checkbox"/> Não / NO								
<b>4- DADOS DA MÃE / MOTHER'S INFORMATION</b>											
Nome Completo (sem abreviaturas) / FULL NAME						Data de Nascimento / DATE OF BIRTH					
						Dia / DAY		Mês / MONTH		Ano / YEAR	
Local de Nascimento / PLACE OF BIRTH				Nacionalidade / NATIONALITY			Profissão / PROFESSION				
Cidade / CITY		Estado / STATE		País / COUNTRY							
Está Viva? / IS SHE ALIVE?				A Serviço do Governo Brasileiro no Exterior? / ABROAD SERVING THE BRAZILIAN GOVERNMENT?							
<input type="checkbox"/> Sim / YES	<input type="checkbox"/> Não / NO	<input type="checkbox"/> Sim / YES	<input type="checkbox"/> Não / NO		<input type="checkbox"/> Sim / YES	<input type="checkbox"/> Não / NO	<input type="checkbox"/> Sim / YES	<input type="checkbox"/> Não / NO	<input type="checkbox"/> Sim / YES	<input type="checkbox"/> Não / NO	
<b>Estado Civil no Brasil / MARITAL STATUS IN BRAZIL</b>											
<input type="checkbox"/> Solteira / SINGLE	<input type="checkbox"/> Casada / MARRIED	<input type="checkbox"/> Divorciada / DIVORCED	<input type="checkbox"/> Viúva / WIDOWED	<input type="checkbox"/> Separada Judicialmente / LEGALLY SEPARATED	<input type="checkbox"/> União Estável						

<b>DADOS DA MÃE (Cont.) / MOTHER'S INFORMATION (Cont.)</b>
--

<input type="checkbox"/> PASSAPORTE VÁLIDO / VALID PASSPORT				<input type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE / ID CARD			
Nº / NUMBER		Órgão Expedidor / ISSUING AUTHORITY		Data de Expedição / DATE OF ISSUANCE		Válido Até / VALID UNTIL	
Endereço Residencial (Número/ Rua / Apto) / HOME ADDRESS (Number/Street/ Apartment)				Cidade / CITY		Estado / STATE	
CEP / ZIP CODE		País / COUNTRY		Nº de Telefone / PHONE NUMBER		E-mail	
				( )			
Nome Completo da Avó Materna da Criança / CHILD'S MATERNAL GRANDMOTHER'S FULL NAME				Falecida? / DECEASED?			
				<input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO			
Nome Completo do Avô Materno da Criança / CHILD'S MATERNAL GRANDFATHER'S FULL NAME				Falecido? / DECEASED?			
				<input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO			
<b>5- DADOS DO PAI / FATHER'S INFORMATION</b>							
Nome Completo (sem abreviaturas) / FULL NAME				Data de Nascimento / DATE OF BIRTH			
				Dia / DAY		Mês / MONTH	
						Ano / YEAR	
Local de Nascimento / PLACE OF BIRTH				Nacionalidade / NATIONALITY		Profissão / PROFESSION	
Cidade / CITY		Estado / STATE		País / COUNTRY			
Está Vivo? / IS HE ALIVE?			A Serviço do Governo Brasileiro no Exterior? / ABROAD SERVING THE BRAZILIAN GOVERNMENT?				
<input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO			<input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO				
<b>Estado Civil no Brasil / MARITAL STATUS IN BRAZIL</b>							
<input type="checkbox"/> Solteiro / SINGLE <input type="checkbox"/> Casado / MARRIED <input type="checkbox"/> Divorciado / DIVORCED <input type="checkbox"/> Viúvo / WIDOWED <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente / LEGALLY SEPARATED <input type="checkbox"/> União Estável							
<input type="checkbox"/> PASSAPORTE VÁLIDO / VALID PASSPORT				<input type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE / ID CARD			
Nº / NUMBER		Órgão Expedidor / ISSUING AUTHORITY		Data de Expedição / DATE OF ISSUANCE		Válido Até / VALID UNTIL	
Endereço Residencial (Número/ Rua / Apto) / HOME ADDRESS (Number/Street/ Apartment)				Cidade / CITY		Estado / STATE	
CEP / ZIP CODE		País / COUNTRY		Nº de Telefone / PHONE NUMBER		E-mail	
				( )			
Nome Completo da Avó Paterna da Criança / CHILD'S PATERNAL GRANDMOTHER'S FULL NAME				Falecida? / DECEASED?			
				<input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO			
Nome Completo do Avô Paterno da Criança / CHILD'S PATERNAL GRANDFATHER'S FULL NAME				Falecido? / DECEASED?			
				<input type="checkbox"/> Sim / YES <input type="checkbox"/> Não / NO			

<b>1- DADOS DA PRIMEIRA TESTEMUNHA / FIRST WITNESS' INFORMATION</b>							
Nome Completo (sem abreviaturas) / FULL NAME				Data de Nascimento / DATE OF BIRTH			
				Dia / DAY		Mês / MONTH	
						Ano / YEAR	

<b>Local de Nascimento / PLACE OF BIRTH</b>			<b>Nacionalidade / NATIONALITY</b>	<b>Profissão / PROFESSION</b>
<b>Cidade / CITY</b>	<b>Estado / STATE</b>	<b>País / COUNTRY</b>		
<b>Estado Civil no Brasil / MARITAL STATUS IN BRAZIL</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Solteiro / SINGLE</b> <input type="checkbox"/> <b>Casado / MARRIED</b> <input type="checkbox"/> <b>Divorciado / DIVORCED</b> <input type="checkbox"/> <b>Viúvo / WIDOWED</b> <input type="checkbox"/> <b>Separado Judicialmente / LEGALLY SEPARATED</b> <input type="checkbox"/> <b>União Estável</b>				
<b>Endereço Residencial (Número/ Rua / Apto) / HOME ADDRESS (Number/Street/ Apartment)</b>			<b>Cidade / CITY</b>	<b>Estado / STATE</b>
<b>CEP / ZIP CODE</b>	<b>País / COUNTRY</b>	<b>Nº de Telefone / PHONE NUMBER</b>	<b>E-mail</b>	
		(    )		
<b>2- DADOS DA SEGUNDA TESTEMUNHA / SECOND WITNESS' INFORMATION</b>				
<b>Nome Completo (sem abreviaturas) / FULL NAME</b>			<b>Data de Nascimento / DATE OF BIRTH</b>	
			<b>Dia / DAY</b>	<b>Mês / MONTH</b>
				<b>Ano / YEAR</b>
<b>Local de Nascimento / PLACE OF BIRTH</b>			<b>Nacionalidade / NATIONALITY</b>	<b>Profissão / PROFESSION</b>
<b>Cidade / CITY</b>	<b>Estado / STATE</b>	<b>País / COUNTRY</b>		
<b>Estado Civil no Brasil / MARITAL STATUS IN BRAZIL</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Solteiro / SINGLE</b> <input type="checkbox"/> <b>Casado / MARRIED</b> <input type="checkbox"/> <b>Divorciado / DIVORCED</b> <input type="checkbox"/> <b>Viúvo / WIDOWED</b> <input type="checkbox"/> <b>Separado Judicialmente / LEGALLY SEPARATED</b> <input type="checkbox"/> <b>União Estável</b>				
<b>Endereço Residencial (Número/ Rua / Apto) / HOME ADDRESS (Number/Street/ Apartment)</b>			<b>Cidade / CITY</b>	<b>Estado / STATE</b>
<b>CEP / ZIP CODE</b>	<b>País / COUNTRY</b>	<b>Nº de Telefone / PHONE NUMBER</b>	<b>E-mail</b>	
		(    )		
<p>Declara, para os devidos fins, que o registrando, até a presente data, não foi registrado em qualquer repartição consular brasileira ou teve a certidão estrangeira de nascimento transcrita em Cartório de Registro Civil no Brasil, pelo que requer seja procedido o registro de nascimento, para o que oferece as testemunhas abaixo qualificadas, que confirmam, sob as penas da lei, a veracidade das informações acima prestadas.</p>				
<b>Data / DATE</b>			<b>Assinatura da Primeira Testemunha / FIRST WITNESS' SIGNATURE</b>	
<b>Dia / DAY</b>	<b>Mês / MONTH</b>	<b>Ano / YEAR</b>		
<b>Data / DATE</b>			<b>Assinatura da Segunda Testemunha / SECOND WITNESS' SIGNATURE</b>	
<b>Dia / DAY</b>	<b>Mês / MONTH</b>	<b>Ano / YEAR</b>		
<b>Data / DATE</b>			<b>Assinatura do Declarante / DECLARANT'S SIGNATURE</b>	
<b>Dia / DAY</b>	<b>Mês / MONTH</b>	<b>Ano / YEAR</b>		