



**CONSULADO-GERAL DO BRASIL EM BOSTON**  
**FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE REGISTRO DE NASCIMENTO**  
**BIRTH REGISTRATION APPLICATION FORM**  
**A LAVRATURA DE MAIS DE UM REGISTRO PARA A MESMA CRIANÇA E/OU A EXISTÊNCIA DE INFORMAÇÕES**  
**INVERDÍCAS 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				
<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		

<b>Endereço Residencial</b> (Número/ Rua / Apto) / HOME ADDRESS (Number/Street/ Apartment)		<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>Nome Completo da Avó Materna da Criança / CHILD'S MATERNAL GRANDMOTHER'S FULL NAME</b>			<b>Falecida? / DECEASED?</b>
			<input type="checkbox"/> <b>Sim / YES</b> <input type="checkbox"/> <b>Não / NO</b>
<b>Nome Completo do Avô Materno da Criança / CHILD'S MATERNAL GRANDFATHER'S FULL NAME</b>			<b>Falecido? / DECEASED?</b>
			<input type="checkbox"/> <b>Sim / YES</b> <input type="checkbox"/> <b>Não / NO</b>

<b>5- DADOS DO PAI / FATHER'S 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>Cidade / CITY</b>	<b>Estado / STATE</b>	<b>País / COUNTRY</b>	<b>Profissão / PROFESSION</b>
<b>Está Vivo? / IS HE ALIVE?</b>		<b>A Serviço do Governo Brasileiro no Exterior? / ABROAD SERVING THE BRAZILIAN GOVERNMENT?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sim / YES</b> <input type="checkbox"/> <b>Não / NO</b>		<input type="checkbox"/> <b>Sim / YES</b> <input type="checkbox"/> <b>Não / NO</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>			
<input type="checkbox"/> <b>PASSAPORTE VÁLIDO / VALID PASSPORT</b> <input type="checkbox"/> <b>CARTEIRA DE IDENTIDADE / ID CARD</b>			
<b>Nº / NUMBER</b>	<b>Órgão Expedidor / ISSUING AUTHORITY</b>	<b>Data de Expedição / DATE OF ISSUANCE</b>	<b>Válido Até / VALID UNTIL</b>
<b>Endereço Residencial</b> (Número/ Rua / Apto) / HOME ADDRESS (Number/Street/ Apartment)		<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>Nome Completo da Avó Paterna da Criança / CHILD'S PATERNAL GRANDMOTHER'S FULL NAME</b>			<b>Falecida? / DECEASED?</b>
			<input type="checkbox"/> <b>Sim / YES</b> <input type="checkbox"/> <b>Não / NO</b>
<b>Nome Completo do Avô Paterno da Criança / CHILD'S PATERNAL GRANDFATHER'S FULL NAME</b>			<b>Falecido? / DECEASED?</b>
			<input type="checkbox"/> <b>Sim / YES</b> <input type="checkbox"/> <b>Não / NO</b>

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.

<b>Data / DATE</b>	<b>Assinatura / SIGNATURE</b>
<b>Dia / DAY</b> <b>Mês / MONTH</b> <b>Ano / YEAR</b>	