



BOM SAMARITANO

SERVIÇOS FUNERÁRIOS

CNPJ: 15.385.376/0001-39

Telefone: (61) 3536-9446

Autorização para Registro de Declaração de Óbito

O(a) abaixo assinado(a) _____
_____ Telefones _____ /
_____ / _____ na qualidade de _____ nomeia o
Sr.(a) _____ residente a
SCLS 413 Bloco B Loja 12 - Asa Sul - Brasília/DF, CEP: 70296-520, R.G. _____
como seu preposto nos termos do art. 79 parágrafo único, da lei 6015/78, autorizando-o com os
elementos que ora fornece, a fazer registro de óbito e responsabilizando-se por futuras contesta-
ções, erros ou omissões, nos dados nela inscritos.

QUALIFICAÇÃO DE DADOS DO FALECIDO

Falecido _____
Endereço _____
Sexo _____ Cor _____ Profissão _____
Naturalidade _____
Filiação _____
Local indicado para sepultamento _____
Deixou bens a inventariar? _____ Deixou testamento conhecido? _____ Nome do cônjuge
Sr.(a) _____
Era eleitor? _____ Onde? _____
Filhos vivos? _____

Observações: _____

Assinatura

Brasília-DF _____ / _____ / _____
Identidade _____