



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES
EMBAIXADA DO BRASIL EM PORT OF SPAIN

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE CASAMENTO

(Preencher a máquina ou em letra de forma)

IDENTIFICAÇÃO DO(A) DECLARANTE

Nome	Telefone
	Trab. (___) _____
	Res. (___) _____

DATA, LOCAL E NÚMERO DE REGISTRO CIVIL DO CASAMENTO

Nº de registro	Data	Cidade	Estado
_____	____/____/____ dia mês ano	_____	_____

CÔNJUGE MASCULINO

Nome	Nacionalidade	
Data de nascimento ____/____/____ dia mês ano	Local de nascimento (cidade/estado/país)	
Profissão	Estado civil anterior ao casamento	
Se casado anteriormente, nome da ex-cônjuge		
Nome do pai	Nacionalidade	Data de nascimento ou óbito ____/____/____ dia mês ano
Nome da mãe	Nacionalidade	Data de nascimento ou óbito ____/____/____ dia mês ano
Domicílio dos pais (cidade/estado/país) Rua, nº _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____		

CÔNJUGE FEMININO

Nome de solteira	Nacionalidade
Nome adotado depois do casamento	
Data de nascimento ____/____/____ dia mês ano	Local de nascimento (cidade/estado/país)

CÔNJUGE FEMININO (continuação)

Profissão	Estado civil anterior ao casamento	
Se casado anteriormente, nome do ex-cônjuge		
Nome do pai	Nacionalidade	Data de nascimento ou óbito ____/____/____ dia mês ano
Nome da mãe	Nacionalidade	Data de nascimento ou óbito ____/____/____ dia mês ano
Domicílio dos pais (cidade/estado/país) Rua, nº _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____		

REGIME DE BENS**DOCUMENTOS APRESENTADOS/IDENTIFICAÇÃO DOS NOIVOS**

Pelo noivo: Passaporte/carteira de identidade Nº do documento _____ Órgão expedidor _____ Data da expedição _____	Pela noiva: Passaporte/carteira de identidade Nº do documento _____ Órgão expedidor _____ Data da expedição _____
--	--

RESIDÊNCIA ATUAL DOS CÔNJUGES

Rua, nº _____
Cidade _____ Estado _____ CEP _____

NOME E IDADE ATUAL DE FILHOS HAVIDOS DE EVENTUAIS MATRIMÔNIOS ANTERIORES

Nome	Data de nascimento (dia/mês/ano)
_____	_____
_____	_____

CASAMENTOS ANTERIORES

_____	_____
Nome e prenomes do cônjuge precedente	Data da dissolução (dia/mês/ano)

____/____/____

Data

Local

Assinatura do Declarante