

**CHECK-LIST****REGISTRO DE ÓBITO**

**CATE-003**  
**Data: 08/03/2024**  
**Revisão: 002**  
**Página 1 de 1**

DOCUMENTOS	SIM	NÃO
<b>Declaração de Óbito (D.O)</b> – Fornecida pela Hospital – ORIGINAL.  <b>Observação Importante:</b> O prazo para o registro é de 15 dias à contar da data do falecimento. Caso tenha passado o prazo determinado, encaminhar ao setor de processo para que solicite autorização do juiz. <b>OBS<sup>1</sup>:</b> Verificar se o cartório é competente para efetuar o registro de acordo com o princípio da territorialidade, verificando o local do falecimento ou pela residência do obituado. <b>OBS<sup>2</sup>:</b> O local do sepultamento/cremação deverá estar pré-definido pelo declarante. <b>OBS<sup>3</sup>:</b> Na D.O não pode ter rasura, bem como informações divergentes dos docs. Apresentados. Em caso de retificações a mesma deverá ser feita por qualquer médico do estabelecimento de saúde. Sendo Cremação deverá conter na D.O, dois médicos atestando ou um perito legista.		
<b>Documento de Identificação</b> com foto e CPF do <b>obituado</b> (RG, CNH, Passaporte, carteira profissional e/ou CTPS). – ORIGINAL.		
<b>Documento de Identificação</b> com foto e CPF do <b>declarante</b> (RG, CNH, Passaporte, carteira profissional e/ou CTPS). – ORIGINAL.  <b>Observação Importante:</b> Caso seja <b>agente funerário</b> , deverá o mesmo apresentar também o documento de Identificação com foto e CPF (RG, CNH, Passaporte, carteira profissional e/ou CTPS) – ORIGINAL.		
<b>Comprovante de residência do obituado.</b>  <b>Observação Importante:</b> Caso o falecimento tenha ocorrido em domicílio, não será obrigatório apresentação.		
<b>Autorização para declaração de óbito</b> com poderes para efetuar o registro, <b>caso o requerente seja um agente funerário</b> , autorizado pela declarante.  <b>Observação Importante:</b> O questionário deverá ser próprio da funerária.		
<b>Certidão do ultimo estado civil</b> do OBITUADO, de nascimento se “solteiro”, ou casamento se “divorciado” ou “viúvo”, devendo estar devidamente anotado/averbado à margem do termo do registro a condição do estado civil – ORIGINAL.		

Códigos da OS: + 999

Prazo no ato do atendimento.

Declaro que preenchi o presente termo, responsabilizando-me pelas informações inseridas.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Funcionário Receptor: \_\_\_\_\_.