



**COMITÊ GESTOR ESTADUAL DE POLÍTICAS DE ERRADICAÇÃO DO
SUB-REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO E AMPLIAÇÃO DO ACESSO À
DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NO RIO DE JANEIRO**

ENTREVISTA PARA CASOS DE SUB-REGISTRO

Tipo de processo: Registro Tardio () Localização de registro/Restauração ()
Numero do Processo: _____
Local da entrevista: _____ Data: ____/____/____
Entrevistador: _____

DADOS PESSOAIS:

Nome do registrando: _____
Endereço atual: _____

Ponto de referência: _____

Telefones (incluindo p/recado): _____

Endereço do trabalho: _____

Endereço anterior: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Parto domiciliar () parto hospitalar ()

Parto normal () parto cesáreo ()

Recebeu a DNV do Hospital? _____

A DNV está em seu poder? _____

Nome do hospital: _____

Endereço _____

Cidade de nascimento: _____

Referências do local de nascimento: _____

A mãe fez pré-natal? _____ Onde? _____

Nome do pai: _____

Nome da mãe: _____

Nome da mãe na ocasião do parto: _____

Endereço da mãe na ocasião do parto: _____

Nome do avô materno: _____

Nome da avó materna: _____

Nome do avô paterno: _____

Nome da avó paterna: _____

Tem documento dos pais? () Sim () Não Quais? _____

É casado (a) ou tem companheiro(a)? () Sim () Não

Qual o nome? _____

Tem irmãos? (nome e idade): _____

Os irmãos foram registrados? _____

