**ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**CARTÓRIO DO 14º OFÍCIO DE NOTAS**

**TABELIÃ: CONCELINA HENRIQUE DE SOUZA**

**MATRIZ: AV. N. S. DE COPACABANA, 895 - SOBRELOJA - TEL/FAX: 2548-3646**

***FORMULÁRIO DE TESTAMENTO***

***Testador(a):***

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefones ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Nasc. \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local Nasc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data da Emissão: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Órgão Emissor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Filiação: e-mail:***

Pai\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vivo: ( )Sim ( )Não

Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Viva: ( )Sim ( )Não

Nome do Cônjuge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Regime de Casamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *Nome dos filhos (se houver filhos falecidos, coloque o seu nome e os nomes dos filhos destes)* |
| 1º |
| 2º |
| 3º |
| 4º |
| 5º |
| 6º |
| 7º |

2021

**ANEXAR:**

1. XEROX **AUTENTICADAS** DA CARTEIRA DE IDENTIDADE E DO CPF DO(A) TESTADOR(A) E DAS DUAS TESTEMUNHAS C/ OS ENDEREÇOS, CEP, ESTADO CIVIL, PROFISSÃO E E-MAIL ESCRITOS NA XEROX – AS TESTEMUNHAS **NÃO PODEM TER NENHUM PARENTESCO COM O(A) TESTADOR(A) NEM COM OS HERDEIROS (art. 228 CC)**.
2. SE TIVER FEITO ALGUM TESTAMENTO ANTERIOR, ANEXAR CÓPIA.

* ATESTADO MÉDICO DE SANIDADE MENTAL DO TESTADOR, COM A FIRMA RECONHECIDA DO MÉDICO – pergunte ao médico se a assinatura dele no Cartório é a mesma do atestado - **(prazo de validade do atestado é de 30 (trinta) dias, retroativos à data marcada para a leitura e assinatura do testamento**).
* SE O TESTADOR(A) TIVER DEFICIÊNCIA MOTORA, VISUAL OU NÃO PUDER ASSINAR, INDICAR UMA PESSOA PARA ASSINAR A ROGO POR ELE(A) (XEROX DA IDENTIDADE DO CPF AUTENTICADAS).

**TRAZER SOMENTE OS DOCUMENTOS DOS ITENS 1 e 2**

**ATESTADO MÉDICO SOMENTE DEPOIS QUE O TESTAMENTO FOR AGENDADO**.

***Testamenteiro e Inventariante*** *(Nome, Residência, Identidade (órgão expedidor) e C.P.F. – pode ser qualquer pessoa)*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

***Disposição Testamentária****: - Obedecer sempre a legítima - (50%) do patrimônio - de filhos, se os tiver ou de pais, ou de cônjuge (exceto em comunhão universal de bens), (QUALIFICAR OS HERDEIROS). Se a vontade do testador não couber no espaço abaixo, poderá escrever em outro papel e anexar a este formulário.*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |