



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES  
CONSULADO-GERAL EM CHICAGO

401 North Michigan Avenue, suite 1850, Chicago, IL 60611  
Phone: 312-464.0244 / Fax: 312-464.0299  
Website: [www.brazilconsulatechicago.org](http://www.brazilconsulatechicago.org)  
Email: [legal@brazilconsulatechicago.org](mailto:legal@brazilconsulatechicago.org)

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS ELEITORAIS  
BRAZILIAN VOTER CARD REQUEST FORM

|                                                                       |                                                            |                                                                      |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>1 – SERVIÇO SOLICITADO</b> REQUESTED SERVICE                       |                                                            |                                                                      |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Inscrição REGISTRATION                       | <input type="checkbox"/> Transferência VOTER CARD TRANSFER | <input type="checkbox"/> Revisão de Dados UPDATE VOTER'S INFORMATION | <input type="checkbox"/> Segunda Via OFFICIAL COPY |
| <input type="checkbox"/> Outros (especificar): OTHER (SPECIFY): _____ |                                                            |                                                                      |                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                    |                                                                                                    |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2 – DADOS PESSOAIS</b> PERSONAL INFORMATION                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                                                                                                    |                                                                                                                        |
| Nome completo FULL NAME                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                                                                                                    | Nacionalidade NATIONALITY                                                                                              |
| Nome anterior completo MAIDEN NAME                                                                                                                                                                                                                                                |                                    | Sexo GENDER<br><input type="checkbox"/> Masculino MALE<br><input type="checkbox"/> Feminino FEMALE | Possui irmão Gêmeo? DO YOU HAVE ANY TWIN SIBLINGS?<br><input type="checkbox"/> Sim Yes <input type="checkbox"/> Não No |
| Data de Nascimento DATE OF BIRTH<br>Dia DAY   Mês MONTH   Ano YEAR                                                                                                                                                                                                                | Local de Nascimento PLACE OF BIRTH | UF STATE                                                                                           | País de Nascimento COUNTRY OF BIRTH                                                                                    |
| Profissão PROFESSION                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                    |                                                                                                                        |
| Estado Civil MARITAL STATUS<br><input type="checkbox"/> Casado MARRIED <input type="checkbox"/> Solteiro(a) SINGLE <input type="checkbox"/> Viúvo(a) WIDOWED <input type="checkbox"/> Divorciado(a) DIVORCED <input type="checkbox"/> Separado(a) Judicialmente LEGALLY SEPARATED |                                    |                                                                                                    |                                                                                                                        |
| Nome do Pai (nome por extenso) FATHER'S NAME (FULL NAME – PLEASE PRINT)                                                                                                                                                                                                           |                                    |                                                                                                    |                                                                                                                        |
| Nome da Mãe (nome por extenso) MOTHER'S NAME (FULL NAME – PLEASE PRINT)                                                                                                                                                                                                           |                                    |                                                                                                    |                                                                                                                        |
| Tempo de residência nos E.U.A. HOW LONG HAVE YOU RESIDE IN THE USA?                                                                                                                                                                                                               |                                    | Anos YEARS e AND                                                                                   | Meses MONTHS                                                                                                           |

|                                               |              |                      |                           |
|-----------------------------------------------|--------------|----------------------|---------------------------|
| <b>3 – ENDEREÇO PARA CONTATO</b> HOME ADDRESS |              |                      |                           |
| Rua/Avenida, número, apto STREET ADDRESS      |              |                      |                           |
| Cidade CITY                                   | Estado STATE | Zona Postal ZIP CODE | País COUNTRY              |
| E-mail                                        |              |                      | Telefone TELEPHONE<br>( ) |

|                                                      |                                             |                                                |  |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|--|
| <b>4 – ESCOLARIDADE</b> SCHOOL EDUCATION             |                                             |                                                |  |
| <input type="checkbox"/> 1º Grau PRIMARY             | <input type="checkbox"/> Completo COMPLETED | <input type="checkbox"/> Incompleto INCOMPLETE |  |
| <input type="checkbox"/> 2º Grau HIGH SCHOOL         | <input type="checkbox"/> Completo COMPLETED | <input type="checkbox"/> Incompleto INCOMPLETE |  |
| <input type="checkbox"/> Superior COLLEGE/UNIVERSITY | <input type="checkbox"/> Completo COMPLETED | <input type="checkbox"/> Incompleto INCOMPLETE |  |

|                                                                        |           |               |             |          |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|-------------|----------|
| <b>5 – DOCUMENTOS BRASILEIROS</b> BRAZILIAN DOCUMENTS                  |           |               |             |          |
| Título de Eleitor BRAZILIAN VOTER'S REGISTRATION CARD<br>Número NUMBER | Zona ZONE | Seção SECTION | Cidade CITY | UF STATE |

|                                                                                                                                                 |         |                        |          |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------|----------|----------------------|
| <b>6 – TERMO DE RESPONSABILIDADE</b> FORMAL STATEMENT                                                                                           |         |                        |          |                      |
| Assinatura SIGNATURE                                                                                                                            |         |                        |          |                      |
| Declaro serem verdadeiras e completas as informações contidas no presente documento. I declare that the above information is true and accurate. |         |                        |          |                      |
| Local PLACE                                                                                                                                     | Dia DAY | Data DATE<br>Mês MONTH | Ano YEAR | Assinatura SIGNATURE |