

TERMO DE RECONHECIMENTO ESPONTÂNEO DE FILIAÇÃO BIOLÓGICA

AO OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE: _____

I. REQUERENTE:

Nome completo: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Data de nascimento: _____ Local de nascimento: _____

Filiação: _____

RG: _____ CPF: _____ Profissão: _____

Endereço completo: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

II. FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA:

Nos termos da Lei Federal 8.560/96 e do Provimento 16/2012 CNJ, atualmente regulamentado pelo Provimento 149/2023 CNJ, venho à presença de Vossa Senhoria, reconhecer como meu filho biológico:

NOME COMPLETO DO(A) FILHO(A): _____

Data de nascimento: _____ RG: _____ CPF: _____

Dados do registro do filho: registrado no Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais de _____

no livro _____, às fls. _____, sob termo _____.

Após o reconhecimento, o(a) filho(a) passará a se chamar: _____

III. DECLARAÇÕES:

Declaro para os devidos fins, sob as penas da lei, ciência de que:

- A filiação biológica ora afirmada é verdadeira e que reconheço meu(minha) filho(a) biológico(a) acima identificado(a);

- O reconhecimento de filiação é irrevogável nos termos do art. 1.610 do vigente Código Civil, somente podendo ser desconstituído pela via judicial, nas hipóteses de vício de vontade, fraude ou simulação.

Termos em que, pede deferimento.

São José dos Campos-SP, dia: _____ mês: _____ ano: _____

Assinatura por extenso do requerente

Certifico que a assinatura do requerente supracitado foi aposta em minha presença. Dou fé.

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Eugênio de Melo-SP



(12) 3912-1680



(12) 99724-2921



contato@cartorioeugeniodemelo.com.br



Avenida José Francisco Marcondes - nº 387 Bairro Jardim São Vicente

CEP: 12.224-350 - São José dos Campos-SP

IV. ANUÊNCIA (CONCORDÂNCIA) AO RECONHECIMENTO BIOLÓGICO:

() MÃE: CASO O FILHO(A) A SER RECONHECIDO SEJA MENOR:

Nome completo: _____
Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____
Data de nascimento: _____ Local de nascimento: _____
Filiação: _____
RG: _____ CPF: _____ Profissão: _____
Endereço completo: _____

Telefone: _____ E-mail: _____
São José dos Campos-SP, dia: _____ mês: _____ ano: _____

Assinatura por extenso

() FILHO(A): CASO ELE(A) SEJA MAIOR:

Nome completo: _____
Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____
Data de nascimento: _____ Local de nascimento: _____
Filiação: _____
RG: _____ CPF: _____ Profissão: _____
Endereço completo: _____

Telefone: _____ E-mail: _____
São José dos Campos-SP, dia: _____ mês: _____ ano: _____

Assinatura por extenso

Certifico que a(s) assinatura(s) do(s) anuente(s) foi(foram) aposta(s) em minha presença. Dou fé.

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Eugênio de Melo-SP