

RECONHECIMENTO DE FILIAÇÃO BIOLÓGICA

Provimento nº 149/2023 – Conselho Nacional de Justiça

Dados daquele(a) que irá reconhecer:

NOME COMPLETO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____ RG _____ CPF _____

RUA/AVENIDA DE RESIDÊNCIA: _____

Nº DA CASA: _____ Nº DO APARTAMENTO: _____ CEP: _____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ CELULAR: _____

TELEFONE FIXO: _____ E-MAIL: _____

FILIAÇÃO (NOME DOS PAIS): _____

Dados para identificação incontestável do filho(a) BIOLÓGICO(A) reconhecido(a)

NOME COMPLETO do filho(a): _____

CARTÓRIO ONDE FOI REGISTRADO: _____

DATA DE NASCIMENTO do filho(a): _____

LIVRO, FOLHA E TERMO do registro: _____

Declaração da pessoa que realiza o reconhecimento: DECLARO, sob as penas da lei, que:

1 – a filiação BIOLÓGICA ora afirmada é verdadeira e que RECONHEÇO meu(minha) filho(a) BIOLÓGICO(A) acima identificado(a);

2 – tenho ciência de que o reconhecimento é irrevogável nos termos do art. 1.610 do vigente Código Civil;

3 – tenho ciência de que o reconhecimento é feito em conformidade com o que dispõe o artigo 1º, inciso II, da Lei 8.560/92; os artigos 1.607 e 1.609, inciso II, do Código Civil; e o artigo 7º do Provimento 16/2012 do Conselho Nacional de Justiça.

NOME QUE O(A) FILHO(A) PASSARÁ A USAR: _____

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo.

São Paulo, DIA: _____ MÊS: _____ ANO: _____

assinatura por extenso da pessoa que reconhece o(a) filho(a)

Certifico que a assinatura supra foi aposta em minha presença. Dou fé.

Dados daquele(a) que anui (concorda) com o reconhecimento de filho(a) BIOLÓGICO(A):

NOME COMPLETO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____ RG _____ CPF _____

RUA/AVENIDA DE RESIDÊNCIA: _____

Nº DA CASA: _____ Nº DO APARTAMENTO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ CELULAR: _____

TELEFONE FIXO: _____ E-MAIL: _____

FILIAÇÃO (NOME DOS PAIS): _____

_____ assinatura por extenso daquele(a) que anui (concorda)

Dados daquele(a) que anui (concorda) com o reconhecimento de filho(a) BIOLÓGICO(A):

NOME COMPLETO: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____ RG _____ CPF _____

RUA/AVENIDA DE RESIDÊNCIA: _____

Nº DA CASA: _____ Nº DO APARTAMENTO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ CELULAR: _____

TELEFONE FIXO: _____ E-MAIL: _____

FILIAÇÃO (NOME DOS PAIS): _____

_____ assinatura por extenso daquele(a) que anui (concorda)

Certifico que a(s) assinatura(s) supra(s) foi(ram) aposta(s) em minha presença. Dou fé.