

REQUERIMENTO DE RECONHECIMENTO VOLUNTÁRIO DE PATERNIDADE BIOLÓGICA

Ilmo. Sr. Oficial do Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Saué – Tamandaré/PE, o(a) requerente abaixo qualificado(a), para fins de reconhecimento voluntário de filiação, apresenta as informações necessárias e requer o processamento do ato.

1) DADOS DA PESSOA QUE COMPARECE PARA RECONHECER O(A) FILHO(A)	
NOME DO(A) REQUERENTE:	
NATURALIDADE:	NATURAL DE:
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:	RG: _____ CPF: _____
RESIDENTE E DOMICILIADO NO ENDEREÇO:	
CIDADE:	UF: _____ CEP: _____
BAIRRO:	TELEFONE: _____
FILHO(A) DE: FILIAÇÃO 1:	
FILIAÇÃO 2:	
2) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DO(A) FILHO(A) RECONHECIDO(A)	
NOME COMPLETO:	
NACIONALIDADE:	NATURAL DE:
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
OFÍCIO DE REGISTRO DE PESSOAS NATURAIS EM QUE FOI REALIZADO O REGISTRO DE NASCIMENTO:	LIVRO: FOLHA: TERMO:
NOME DA MÃE:	
NOME ADOTADO APÓS O RECONHECIMENTO :	
3) DECLARAÇÃO DO COMPARECENTE:	
DECLARO, sob as penas da lei, que a filiação por mim afirmada é verdadeira e que RECONHEÇO, nos termos do art. 1.609, II, do Código Civil, meu(minha) FILHO(A) BIOLÓGICO(A) acima identificado(a). Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo.	

Tamandaré/PE, ____ de _____ de _____.

PAI BIOLÓGICO

FILHO(A) MAIOR OU MÃE DE FILHO(A) MENOR, CASO COMPAREÇA SIMULTANEAMENTE PARA ANUÊNCIA

OFICIAL DE REGISTRO DE PESSOAS NATURAIS, COM IDENTIFICAÇÃO E CARIMBO