

TERMO DE RECONHECIMENTO DE FILIAÇÃO SOCIOAFETIVA

Eu, _____,
de nacionalidade _____, natural de _____, nascido aos
_____/_____/_____, estado civil _____, profissão _____, portador do RG nº
_____, inscrito no CPF sob o nº _____-_____, residente e domiciliado(a) à
_____,
telefone nº _____, e-mail _____,
filho de _____,

venho por meio deste reconhecer como meu(minha) filho(a) a pessoa abaixo indicada:

Dados do filho(a):

Nome: _____

Endereço: _____

registrado(a) no Cartório do _____ Ofício de Registro Civil de _____

sob a matrícula nº _____, tendo

como genitora a Sra. _____

telefones fixo: _____, e-mail _____, telefone(s)

celular(es): _____ / _____, após o reconhecimento passará a se chamar:

Testemunha 1: _____

Portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____,

residente e domiciliado(a) à _____

Testemunha 2: _____

Portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____,

residente e domiciliado(a) à _____

Declaro, sob as penas da lei, que:

1. a filiação socioafetiva ora afirmada é verdadeira e que RECONHEÇO, nos termos do Provimento nº 63, de 14 de novembro de 2017, II, do Conselho Nacional de Justiça, meu(minha) filho(a) SOCIOAFETIVO(a) acima identificado(a);
2. o reconhecimento da filiação socioafetiva ou adoção não foi pleiteado em juízo;
3. não há vínculo de parentesco biológico na linha de ascendente ou de irmãos com o(a) filho(a) reconhecido(a);
4. possuo diferença de idade em, no mínimo 16 anos com o(a) filho(a) reconhecido(a);
5. tenho conhecimento que o(a) filho(a) reconhecido(a) passará a ter todos os direitos legais de filho, inclusive os direitos sucessórios, em igualdade com os filhos biológicos ou adotados, sem distinção;
6. tenho ciência de que o reconhecimento é irrevogável nos termos do art. 1.610 do vigente Código Civil.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo.

Brasília-DF, ____/____/____.

Requerente

Genitora

Filho(a) maior de 12 anos

Genitor

Testemunha 1

Testemunha 2

Oficial