CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BRASÍLIA
REGISTRO CIVIL, TÍTULOS E DOCUMENTOS E PESSOAS JURÍDICAS

CRS 504, Bloco A, Loja 08, Brasília/DF - CEP: 70331-515
(61) 3214-5900 | contato@cartoriodebrasilia.com.br
www.cartoriodebrasilia.com.br

TERMO DE RECONHECIMENTO DE FILIAÇÃO SOCIOAFETIVA

Qualificação da pessoa que comparece espontaneamente para reconhecer filho

Nome Completo:_____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

RG: _____ CPF:_____

Endereço Completo com CEP: _____

_____Telefones:_____

Filiação:_____

_____

Dados para identificação induvidosa do filho(a) reconhecido(a)

Nome Completo: _____

Registrado Sob o Livro:_____ Folha:_____ Termo:_____

Nome Completo da Mãe: _____

Endereço completo com CEP da Mãe:_____

Endereço completo com CEP do(a) Filho(a):_____

Telefones:_____ Informações Adicionais: _____

_____

_____

Nome que o(a) registrado(a) passará a usar:_____

_____

Declaração da pessoa que realiza o conhecimento: **DECLARO, sob as penas da Lei, que:**

1. **A filiação socioafetiva ora afirmada é verdadeira e que RECONHEÇO, nos termos do Provimento nº 63 e 83 do Conselho Nacional de Justiça, meu(minha) filho(a) SOCIOAFETIVO 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, de 16 anos com o(a) filho(a) reconhecido(a);**
5. **Tenho conhecimento de 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, _____ de _____ de _____

_____ _____

Pessoa que reconhece o(a) filho(a) Reconhecido(a) maior de 12 anos

_____ _____

Genitor Biológico do(a) reconhecido(a) menor de idade

Genitora Biológica do(a) reconhecido(a) menor de idade

_____

Oficial de Registro das Pessoas Naturais, com identificação e carimbo