

TERMO DE INDICAÇÃO DE

() PATERNIDADE

() MATERNIDADE

PREENCHA APENAS AS INFORMAÇÕES QUE TIVER CONHECIMENTO E SE POSSÍVEL APRESENTAR DOCUMENTOS DO GENITOR(A) INDICADO(A) PODEM SER EM CÓPIAS SIMPLES

DADOS DO FILHO(A) REGISTRADO(A) SEM PATERNIDADE / MATERNIDADE

Nome:

CPF: _____

RG com Órgão emissor: _____

Data de nascimento: _____

Telefone: _____

e-mail: _____

Endereço completo:

DADOS DA GENITORA

Nome:

CPF: _____

RG com Órgão emissor: _____

Data de nascimento: _____

Telefone: _____

e-mail: _____

Endereço completo: _____

DADOS DO GENITOR

Nome:

CPF: _____

RG com Órgão emissor: _____

Data de nascimento: _____

Telefone: _____

e-mail: _____

Endereço completo:

OUTRAS INFORMAÇÕES QUE PODEM AJUDAR A LOCALIZAR O GENITOR(A)

() Declaro ser pobre nos termos da Lei, não possuo condições para arcar com as custas do processo e com as despesas decorrentes da averbação;

() Concordo expressamente e de livre e espontânea vontade, com o reconhecimento da paternidade/maternidade a ser realizado pelo genitor(a), aqui indicados e com a consequente averbação no registro de nascimento.

Local e data:

Assinatura do(a) declarante:
