



QUINTO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DA CAPITAL

Rua São João Batista, 28 • Botafogo • Rio de Janeiro • RJ

CEP: 22270-030

TERMO DE RECONHECIMENTO VOLUNTÁRIO DE MATERNIDADE

Compareceu nesta serventia (**Mãe**): _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____ Nacionalidade: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: _____

CPF: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

Endereço: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Pai: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____ Nacionalidade: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: _____

CPF: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

Endereço: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Filho(a): _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____ Nacionalidade: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: _____

CPF: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

Endereço: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

E na forma do que dispõe o artigo 1º nº II, da Lei 8.560/92, o declarante afirma sob as penas da Lei, que reconhece a Maternidade de _____

para que produza seus jurídicos e legais efeitos, passando o ora reconhecido a chamar-se:

Ficando o Sr. Oficial autorizado de imediato a proceder as averbações do nome da mãe ora declarante e os nomes dos avós Maternos:

Avô: _____

Avó: _____

Tudo de conformidade com a prova documental que ora é apresentada e arquivada em cartório. NADA MAIS disse(eram) lido e achado conforme vai assinado sob as penas da lei na presença do Oficial, que dará tudo por bom e valioso para que produza seus efeitos legais.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Pai: _____

Mãe: _____

Filho(a): _____

Escrevente

Oficial