



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
VARA DE REGISTROS PÚBLICOS DA CAPITAL
SETOR DE PROMOÇÃO DA FILIAÇÃO PATERNA
AV. ERASMO BRAGA 115, SL 234, LÂMINA I, CORREDOR D – CENTRO/RJ

TERMO DE INDICAÇÃO DE FILIAÇÃO

ORIGEM DO FORMULÁRIO

☐ **Cartório** (RCPN: _____)

☐ **DEGASE** (Unidade: _____)

☐ **Escola/CRE** (Unidade: _____)

☐ **Judiciário** (Vara: _____)

☐ **SEAP** (Unidade: _____)

☐ **Balcão** ☐ **WhatsApp**

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

TIPO DE PATERNIDADE OU MATERNIDADE INDICADA

- ☐ Biológica
☐ Socioafetiva

- ☐ Não desejo indicar o pai / mãe
☐ Não possuo dados do pai / mãe

IDENTIFICAÇÃO DA MÃE DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Profissão: _____

Data de Nascimento ou idade aproximada: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

AVÓS MATERNOS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Avó materna:

Nome: _____



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
VARA DE REGISTROS PÚBLICOS DA CAPITAL
SETOR DE PROMOÇÃO DA FILIAÇÃO PATERNA
AV. ERASMO BRAGA 115, SL 234, LÂMINA I, CORREDOR D – CENTRO/RJ

RG: _____ CPF: _____ Profissão: _____

Data de Nascimento ou idade aproximada: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Avô materno:

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Profissão: _____

Data de Nascimento ou idade aproximada: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PAI INDICADO

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Profissão: _____

Data de Nascimento ou idade aproximada: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

AVÓS PATERNOS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Avó paterna:

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Profissão: _____

Data de Nascimento ou idade aproximada: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Avô paterno:

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Profissão: _____

Data de Nascimento ou idade aproximada: _____

Endereço: _____

Telefone: _____



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
VARA DE REGISTROS PÚBLICOS DA CAPITAL
SETOR DE PROMOÇÃO DA FILIAÇÃO PATERNA
AV. ERASMO BRAGA 115, SL 234, LÂMINA I, CORREDOR D – CENTRO/RJ

E-mail: _____

O(A) responsável pela criança possui outro(s) filho(s), com a pessoa indicada neste formulário, necessitando regularizar a filiação? ☐ Sim ☐ Não

Em caso positivo, favor indicar o(s) nome(s) da(s) criança(s):

Em caso de haver reconhecimento de paternidade, quais sobrenomes gostaria que a(s) criança(s) adotasse(m)?

OBSERVAÇÕES:

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____

Assinatura da genitora

Assinatura do(a) Representante Legal da genitora (se for o caso)

Assinatura do pai indicado

Assinatura do(a) Representante Legal do pai indicado (se for o caso)



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
VARA DE REGISTROS PÚBLICOS DA CAPITAL
SETOR DE PROMOÇÃO DA FILIAÇÃO PATERNA
AV. ERASMO BRAGA 115, SL 234, LÂMINA I, CORREDOR D – CENTRO/RJ

Assinatura do funcionário responsável pelo preenchimento do formulário