

RECONHECIMENTO DE PARENTALIDADE SOCIOAFETIVA

(Provs. 63/2017 e 83/2019 CNJ e Prov. 234/2014 CGJ-AM)

INFORMAÇÕES GERAIS:

- a) No Amazonas, somente pode ser requerida perante o Ofício em que se encontre registrado o filho.
- b) **Somente de filhos MAIORES DE 12 ANOS.** Menores que 12 deverão buscar a via judicial.
- c) Somente maiores de 18 anos podem requerer, que sejam, no mínimo, 16 anos mais velho que o filho a ser reconhecido. Assim sendo, somente pessoas com 28 anos ou mais podem realizar o reconhecimento administrativamente.
- d) Não podem reconhecer a socioafetividade ascendentes ou irmãos entre si.
- e) O reconhecimento é irrevogável.
- f) Sendo o filho menor de 18 anos, dependerá de concordância de mãe e pai biológicos que constam no registro. Em qualquer caso, dependerá de anuência do filho.
- g) Eventual anuência da mãe, pai e/ou do registrado só podem ser tomadas pelo próprio registrador competente.
- h) Na falta de mãe, pai, ou impossibilidade de manifestação válida deles ou do filho, quando devida, será encaminhado ao Juiz. Em qualquer caso, dependerá de anuência do filho.
- i) Somente poderá haver UM pai ou mãe socioafetivos pela via administrativa.
- j) Apresentar documento de identificação original do requerente e certidão de nascimento do filho, ambos em original e cópia.
- k) Apresentar documentos que comprovem o vínculo afetivo exteriorizado socialmente, como inscrição em plano de saúde, registro oficial de mesma residência, vínculo de conjugalidade com o ascendente biológico, inserção do como dependente, fotografias, declaração de testemunhas com firma reconhecida, apontamento escolar como responsável do aluno etc.
- l) Após atendidos os requisitos para o reconhecimento, o pedido será encaminhado ao MP para manifestação.

TERMO DE RECONHECIMENTO DE FILIAÇÃO SOCIOAFETIVA

I - REQUERENTE:

Eu, nome completo:

nacionalidade: brasileiro(a) outra, qual:

nome dos pais:

profissão:

estado civil: união estável: sim não

naturalidade: UF

CPF: RG:

Endereço: nº

Bairro Cidade UF

CEP: e-mail: Telefone:

II – FILHO(A) RECONHECIDO(A) – INFORMAÇÕES QUE POSSUIR:

Nome completo:

nacionalidade: brasileiro(a) outra, qual:

nome dos pais registrai:

profissão:

estado civil: união estável: sim não

naturalidade: UF

CPF: RG:

Endereço: nº

Bairro Cidade UF

CEP: e-mail: Telefone:

registrado(a) sob nº , às folhas , do Livro , do

Ofício de Registro Civil de Irandub:

Outro cartório, qual sej:

III – DECLARAÇÃO, sob as penas da lei, que:

1. a filiação socioafetiva é verdadeira e que **RECONHEÇO**, nos termos do Provimento nº 63 e 83 – do Conselho Nacional de Justiça, e Provimento 234/2014 -CGJ/AM, meu(minha) filho(a) **SOCIOAFETIVO(A)** acima identificado(a);
2. o reconhecimento de filiação socioafetiva ou adoção não foi pleiteado em juízo;
3. não há vínculo de parentesco biológico na linha 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 mais absoluta verdade, firmo o presente termo.

Irlanduba/AM,

Assinatura do requerente

Assinatura do registrado

CERTIFICO E DOU FÉ que a assinatura supra foi lançada em minha presença.

Assinatura de quem presenciou a assinatura e carimbo do cartório