



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
EMBAIXADA EM LA PAZ
TERMO DE RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE

Eu _____, abaixo assinado _____,
nome completo nacionalidade

_____, _____, nascido em ____ / ____ / ____ em
estado civil profissão dia mês ano

_____, filho de _____
cidade / estado / país nome completo do pai

_____ e de _____ portador da carteira de
nome completo da mãe

identidade nº _____, emitida por _____,
em ____ / ____ / ____ e do passaporte _____ nº _____, emitido
pelo _____, em ____ / ____ / ____ , declaro, para os
devidos fins de direito, ser pai de uma criança do sexo _____, nascida às _____
horas e _____ minutos do dia ____ / ____ / _____ ,
no _____, sito à _____,
hospital / maternidade endereço completo

filho dele e de _____,
nome completo

_____, _____, _____,
nacionalidade estado civil profissão

nascida em ____ / ____ / ____ em _____,
dia mês ano cidade / estado / país

filha de _____ e de _____,
nome completo do pai nome completo da mãe

portadora da carteira de identidade nº _____, emitida por _____
_____, em ____ / ____ / ____ e do passaporte _____
nº _____, emitido pelo _____, em ____ / ____ / ____ ,
dia mês ano

residente em _____ e domiciliada em
endereço completo

_____.
endereço completo

_____ de _____ de _____
local dia mês ano

assinatura do pai

(ASSINATURA DO GENITOR RECONHECIDA EM TABELIÃO, CASO NÃO SEJA BRASILEIRO)