

**NOVO PEDIDO DE HABILITAÇÃO PARA ADOÇÃO**

Todos os campos com asterisco(\*) são de preenchimento obrigatório.

CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA		
Perfil da família: Mãe/Pai solo		
Valor mensal da renda: *		
Descreva abaixo quantos filhos você possui hoje		
Filhos biológicos: *	Filhos adotivos: *	
<input type="checkbox"/> Não possui	<input type="checkbox"/> Não possui	
De que forma foram feitas as adoções de seus filhos? * (preencher somente se tiver filho adotivo)		
Endereço principal da família (onde a criança irá morar)		
CEP: *	Endereço: *	
Nº: *	Complemento:	Bairro: *
Município: *		Estado: *
Situação habitacional: *		Quem mora nessa residência?: *
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Alugado <input type="radio"/> Financiados		<input type="checkbox"/> Eu <input type="checkbox"/> Meu companheiro(a) <input type="checkbox"/> Meus pais/sogros
<input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Outros		<input type="checkbox"/> Meus filhos/enteados <input type="checkbox"/> Outros

SEUS DADOS	
Nome registral (que consta na Certidão de nascimento ou Casamento): *	
Nome social:	
Sexo de nascimento: *	Identidade de gênero (como você se identifica): *
<input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexo	<input type="radio"/> Feminina <input type="radio"/> Masculina <input type="radio"/> Não binária <input type="radio"/> Outra
Orientação sexual: *	
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Assexual <input type="radio"/> Pansexual <input type="radio"/> Outra	
<input type="radio"/> Prefiro não responder	

<b>Raça/Cor: *</b> <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Preta		<b>Estado Civil: *</b> <input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> União estável <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viúvo(a)	
<b>Data de nascimento: *</b> __/__/__		<b>CPF: *</b>	
<b>RG ou RNE/CRNM (estrangeiros): *</b>		<b>Data de emissão do RG/RNE/CRNM: *</b> __/__/__	
<b>Órgão emissor do RG/RNE/CRNM: *</b>		<b>País de origem: *</b>	
<b>UF/Distrito: *</b>		<b>Naturalidade: *</b>	
<b>Profissão: *</b>			
<b>Escolaridade: *</b> <input type="radio"/> Sem escolaridade <input type="radio"/> Ensino fundamental incompleto <input type="radio"/> Ensino fundamental completo <input type="radio"/> Ensino médio incompleto <input type="radio"/> Ensino médio completo <input type="radio"/> Ensino superior incompleto <input type="radio"/> Ensino superior completo <input type="radio"/> Especialização incompleta <input type="radio"/> Especialização completa <input type="radio"/> Mestrado incompleto <input type="radio"/> Mestrado completo <input type="radio"/> Doutorado incompleto <input type="radio"/> Doutorado completo			
<b>Filiação 1 (nome da mãe ou pai): *</b> <input type="checkbox"/> Não registrado			
<b>Filiação 2 (nome da mãe ou pai): *</b> <input type="checkbox"/> Não registrado			
<b>Seu endereço residencial (onde mora atualmente)</b>			
Caso não resida atualmente no endereço em que a criança irá morar, informe o seu endereço atual abaixo			
<b>CEP: *</b>		<b>Endereço: *</b>	
<b>Nº: *</b>	<b>Complemento:</b>	<b>Bairro: *</b>	
<b>Município: *</b>		<b>Estado: *</b>	
<b>Dados de contato</b>			
Após a finalização desse cadastro, os contatos serão feitos através dos dados informados abaixo, com isso é importante que o número de telefone informado aceite ligações.			
<b>Tel residencial 1:</b>		<b>Celular 1: *</b>	<b>Tel comercial 1:</b>
<b>Tel residencial 2:</b>		<b>Celular 2:</b>	<b>Tel comercial 2:</b>
<b>E-mail pessoal: *</b>			
<b>Forma de contato preferencial: *</b> <input type="radio"/> Telefone residencial <input type="radio"/> Telefone celular <input type="radio"/> Telefone comercial <input type="radio"/> E-mail			

**CARACTERÍSTICAS DA(S) CRIANÇA(S)/ADOLESCENTE(S)**

É possível escolher de onde pretende adotar a(s) criança(s)/adolescente(s), podendo ser uma das opções abaixo:

**Municipal:** Aceita adotar apenas em seu município, e nos municípios que abrangem sua comarca. Mesmo que apareça uma criança dentro do seu perfil em outro município qualquer, este pretendente não entrará na fila para aquela criança.

**Estadual:** Aceita adotar em seu município e também em todos os outros municípios de seu estado. Neste caso, se aparecer uma criança disponível à adoção em outro estado, mesmo com perfil compatível, este pretendente não entrará na fila para aquela criança.

**Nacional:** Aceita adotar em seu município, em todos os outros municípios de seu estado e também em outros estados, podendo ser em todos os estados do país ou somente alguns, à sua escolha. Neste caso, se o pretendente reside, por exemplo, na cidade de São Paulo e escolheu o perfil Nacional, selecionado também os estados do Paraná e Minas Gerais, e uma criança compatível com seu perfil fica disponível para adoção no estado do Espírito Santo, este pretendente não entrará na fila para aquela criança.

Ressaltamos que no processo adotivo é necessário a aproximação com a criança/adolescente a ser adotado, podendo exigir, de acordo com as características da criança/adolescente, algumas visitas à criança bem como idas a audiências na cidade da mesma. Assim, pode ser necessário alguns deslocamentos e até pernoites em outras cidades, caso se trate de adoção fora de seu município.

**Área de adoção:** \*  Somente meu Município e Municípios que abrangem sua comarca  Somente meu Estado  Todo o Brasil  
 Especificar Estados

Caso tenha marcado Especificar Estados, informe os estados desejados abaixo:

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acre             | <input type="checkbox"/> Espírito Santo     | <input type="checkbox"/> Paraíba             | <input type="checkbox"/> Rondônia       |
| <input type="checkbox"/> Alagoas          | <input type="checkbox"/> Goiás              | <input type="checkbox"/> Paraná              | <input type="checkbox"/> Roraima        |
| <input type="checkbox"/> Amapá            | <input type="checkbox"/> Maranhão           | <input type="checkbox"/> Pernambuco          | <input type="checkbox"/> Santa Catarina |
| <input type="checkbox"/> Amazonas         | <input type="checkbox"/> Mato Grosso        | <input type="checkbox"/> Piauí               | <input type="checkbox"/> São Paulo      |
| <input type="checkbox"/> Bahia            | <input type="checkbox"/> Mato Grosso do Sul | <input type="checkbox"/> Rio de Janeiro      | <input type="checkbox"/> Sergipe        |
| <input type="checkbox"/> Ceará            | <input type="checkbox"/> Minas Gerais       | <input type="checkbox"/> Rio Grande do Norte | <input type="checkbox"/> Tocantins      |
| <input type="checkbox"/> Distrito Federal | <input type="checkbox"/> Pará               | <input type="checkbox"/> Rio Grande do Sul   |   |

**Quantidade de criança(s)/adolescente(s) que deseja adotar nesta habilitação:** \_\_\_\_\_

**Idade mínima:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(anos/meses)

**Idade máxima:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(anos/meses)

**Aceita irmãos?**

Sim  Não  Somente gêmeo

**Sexo de nascimento da(s) criança(s)/adolescente(s):**

Sem preferência  Feminino  Masculino

**Raça/Cor da(s) criança(s)/adolescente(s):**

Sem preferência  Amarela  Branca  Indígena  Parda  Preta

**Aceita crianças/adolescentes sem situação jurídica definida? \***

Isso significa dizer que ela não está separada dos pais de forma definitiva.

Sim  Não

**Aceita crianças/adolescentes nascidos em outro país que residam no Brasil? \***

Isso significa que a criança/adolescente pode ter outra língua materna e/ou diferenças culturais.

Sim  Não

**Aceita criança(s)/adolescente(s) com deficiência(s)? \***

Sim  Não

Caso a resposta para a pergunta anterior seja “sim”, é **obrigatório especificar** abaixo:

**Deficiência(s) intelectual(is):**

Especifique:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual leve  | <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual moderada |
| <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual Grave | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                 |
| <input type="checkbox"/> Outra(s)                      |   |

**Deficiência(s) psicossocial(is):**

Especifique:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deficiência psicossocial leve              | <input type="checkbox"/> Deficiência psicossocial moderada          |
| <input type="checkbox"/> Deficiência psicossocial grave             | <input type="checkbox"/> Transtorno do Espectro do Autismo          |
| <input type="checkbox"/> Transtorno do Espectro do Autismo (Grau 2) | <input type="checkbox"/> Transtorno do Espectro do Autismo (Grau 3) |
| <input type="checkbox"/> Outra(s)                                   |   |

**Deficiência(s) física(s):**

Especifique:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deficiência física leve        | <input type="checkbox"/> Deficiência física moderada    |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física grave       | <input type="checkbox"/> Deficiência física(cadeirante) |
| <input type="checkbox"/> Deficiência física com ostomia | <input type="checkbox"/> Nanismo                        |
| <input type="checkbox"/> Outra(s)                       |   |

**Deficiência(s) sensorial(is):**

Especifique:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Surdez             | <input type="checkbox"/> Cegueira             |
| <input type="checkbox"/> Deficiência visual | <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva |
| <input type="checkbox"/> Surdocegueira      | <input type="checkbox"/> Outra(s)             |

**Aceita criança(s)/adolescente(s) com algum dos diagnósticos em saúde listados abaixo?**

Especifique:

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes    | <input type="checkbox"/> Síndrome Alcoólica Fetal |
| <input type="checkbox"/> Outra(s)    |   |

**Aceita criança(s)/adolescente(s) com alguma das condições de saúde abaixo?**

Especifique:

- |                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> HIV      | <input type="checkbox"/> Sífilis     |
| <input type="checkbox"/> Outra(s) |                                      |