

DOCUMENTOS NECESSÁRIO PARA HABILITAÇÃO À ADOÇÃO **PELA 4ª VIJÍ E ONDE SOLICITAR**

Antes de começar a reunir os documentos abaixo listados, você deve frequentar aos encontros obrigatórios nos Grupos de Apoio à Adoção indicados pela Vara responsável pela Habilitação.

Atenção, pois os documentos têm prazo de validade e devem ser entregues juntamente com os comprovantes dos encontros.

Estes documentos devem ser impressos, preenchidos, assinados e ENTREGUES PESSOALMENTE ao Cartório da 4ª Vara da Infância, Juventude e do Idoso situado no Fórum de Campo Grande para O PROCESSO DE HABILITAÇÃO À ADOÇÃO.

DICA: LEMBRE-SE DE GUARDAR UMA CÓPIA DOS DOCUMENTOS COM VOCÊ.

- 1) Comprovante dos Encontros obrigatórios em Grupos de Apoio à Adoção (GAAs)** (Ficha de presença em anexo - ORIGINAL);
 - Os encontros obrigatórios nos Grupos de Apoio à Adoção (GAAs) devem ser realizados antes da emissão de toda a documentação relacionada abaixo.
- 2) Petição/Requerimento Habilitação à Adoção** (modelo anexo - ORIGINAL);
- 3) Comprovante do Pré-Cadastro no SNA** (Número do Recibo do Pré-Cadastro SNA - CÓPIA);
 - [HTTPS://WWW.CNJ.JUS.BR/SNA/INDEXPRECADASTRO.JSP](https://www.cnj.jus.br/sna/indexprecadastro.jsp)
(BASTA PESQUISAR NA INTERNET: "PRÉ-CADASTRO SNA PRETENDENTES")
- 4) Anexo do Perfil da Criança** *opcional* (modelo anexo - CÓPIA);
- 5) Cópia(s) da Certidão de Nascimento, ou Certidão de Casamento ou União Estável** (CÓPIA);
- 6) Cópia(s) da Carteira de Identidade** (de cada requerente - CÓPIA);
- 7) Cópia(s) do CPF** (de cada requerente - CÓPIA);
- 8) Cópia do Comprovante de Residência** (de cada requerente - CÓPIA);
- 9) Cópia do Comprovante de Renda** (de cada requerente - CÓPIA);
- 10) Atestado de Sanidade Física e Mental fornecido por um médico** (de cada requerente - ORIGINAL);
- 11) 01(uma) foto 3x4** (de cada requerente) ou **01(uma) foto da família** (Podendo compreender Parentes);
- 12) Certidões Negativas de Distribuição Criminal (1º ao 4º) e Cível (1º ao 4º Ofícios de Distribuição).** (relação dos cartórios em anexo), (de cada requerente - ORIGINAL);
 - O requerente poderá solicitar as certidões gratuitamente na Central de Certidões, ou nos Cartórios de Distribuição, ou através dos respectivos e-mails dos Cartórios (conforme folha em anexo) informando se tratar de documentação para fins de adoção (Modelo da "Autodeclaração" em anexo), conforme lei nº7076/2015.

ENDEREÇO 4ª VIJÍ – CAMPO GRANDE

Rua Carlos da Silva Costa, 141, Campo Grande, Bloco 2, Térreo.

Atenção: No ato da entrega da documentação, é necessário que o casal esteja presente em posse de toda a documentação ORIGINAL para autenticação por parte do Cartório da 4ªVIJÍ.

****CENTRAL DE CERTIDÕES****

Endereço: AV. ALMIRANTE BARROSO 90 – 2º ANDAR

Bairro: CENTRO

CEP: 20031-909

Cidade: RIO DE JANEIRO - RJ

Contato: (21) 2507-9090 / sacweb@riorapido.com.br / pedido@riorapido.com.br

Site: WWW.RIORAPIDO.COM.BR

1º OFÍCIO DO REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO

() CÍVEL () CRIMINAL

Endereço: RUA DO OUVIDOR 63 – 2º ANDAR

Bairro: CENTRO

CEP: 20040-030

Cidade: RIO DE JANEIRO - RJ

Contato: (21) 2232-9672 / (21) 2242-2472

EMAIL: 1oficiodistribuicao@riorapido.com.br

Site: WWW.RIORAPIDO.COM.BR

2º OFÍCIO REGISTRO DISTRIBUIÇÃO

() CÍVEL () CRIMINAL

Endereço: RUA DA ASSEMBLEIA 19 – 7º ANDAR

Bairro: CENTRO

CEP: 20011-001

Cidade: RIO DE JANEIRO - RJ

Contato: (21) 22544-5400 / (21) 2544-3612

EMAIL: pedidos.2o.distribuicao@riorapido.com.br

Site: WWW.RIORAPIDO.COM.BR

3º OFÍCIO DO REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO

() CÍVEL () CRIMINAL

Endereço: AV. ERASMO BRAGA 227 – GRUPO 201

Bairro: CENTRO

CEP: 20031-144

Cidade: RIO DE JANEIRO - RJ

Contato: (21) 2262-9543

EMAIL: pedidos@3ord.com.br

Site: WWW.RIORAPIDO.COM.BR

4º OFÍCIO DO REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO

() CÍVEL () CRIMINAL

Endereço: RUA DO CARMO 8 – 3º ANDAR

Bairro: CENTRO

CEP: 20011-000

Cidade: RIO DE JANEIRO - RJ

Contato: (21) 2533-5419

EMAIL: pedidos@4registrodedistribuicao.com.br

Site: WWW.RIORAPIDO.COM.BR

****ATENÇÃO** OS ENDEREÇOS, LINKS E DADOS DE CONTATO AQUI APRESENTADOS SÃO APENAS DE REFERÊNCIA. OS MESMOS PODEM SOFRER ALTERAÇÕES SEM AVISO PRÉVIO.**

Levar cópias da Petição Inicial preenchida, CPF, Identidade, Comprovante de Residência e a Carta da Auto-Declaração.

GRUPOS DE APOIO À ADOÇÃO (GAAs)

(Correspondentes à 4ª Vara da Infância e Juventude e do Idoso - 4ª VIJ)

**SÃO EXIGIDOS 5 (CINCO) ENCONTROS OBRIGATÓRIOS EM GRUPO DE APOIO À ADOÇÃO
(DETERMINADOS PELA 4ª VARA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE).**



Grupo de Apoio à Adoção DE BRAÇOS ABERTOS

INSCRIÇÕES: www.gaadba.com.br/encontro

ENCONTROS: Todo 1º Sábado do Mês

HORÁRIO PRÉ-ADOÇÃO (Preparação): 10h00

HORÁRIO PÓS-ADOÇÃO (Acompanhamento de famílias COM filhos): 12h00

LOCAL: Av. Emb. Abelardo Bueno, nº 3500 - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro – RJ.

(Auditório Edifício VISION OFFICES – Em frente ao Parque Olímpico)

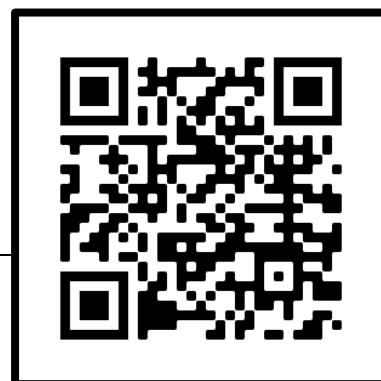
TELEFONE(S): (21) 97190-0273

SITE: www.gaadba.com.br

EMAIL: adocao@gaadba.com.br

REDE(s) SOCIAL:

   @GAADBA



AUTODECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO, para os devidos fins, que eu, _____,
portador(a) da carteira de identidade nº _____, emitida pelo _____ e do
CPF nº _____, residente na _____,
_____,
e-mail _____, utilizarei as certidões, que ora
requero, exclusivamente nos procedimentos disciplinares pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.
Saliento que estou ciente que não posso utilizar as certidões aqui requeridas para outros fins, sob
pena das sanções criminais e civis que a mim poderão ser impostas, além de ter que pagar pelos
custos, a posteriori, das certidões, ao preço da data da cobrança.

Certidões e distribuidores que estão sendo requeridos:

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Declarante

(Conforme AVISO 125/2019)

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE E DO IDOSO DA COMARCA DO RIO DE JANEIRO – RJ.

REQUERENTE ÚNICO / 1º REQUERENTE	
Nome Completo: _____	
CPF: _____	RG: _____, Gênero: () F () M () Outros;
Estado de Origem: _____, Município de Origem: _____	
Etnia (cor): () Branca () Amarela () Parda () Indígena () Preta;	
Estado Civil: () Solteiro(a) () Divorciado(a) () União Estável () Casado(a) () Viúvo(a);	
Escolaridade: () Analfabeto(a) () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo () Especialização () Mestrado () Doutorado;	
Profissão: _____	
Quantidade de Filhos: Biológicos: _____, Adotivos: _____	
Telefone(s) para contato: (____) _____, (____) _____	
Email para contato: _____	

2º REQUERENTE	
Nome Completo: _____	
CPF: _____	RG: _____, Gênero: () F () M () Outros
Estado de Origem: _____, Município de Origem: _____	
Etnia (cor): () Branca () Amarela () Parda () Indígena () Preta;	
Estado Civil: () Solteiro(a) () Divorciado(a) () União Estável () Casado(a) () Viúvo(a);	
Escolaridade: () Analfabeto(a) () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo () Especialização () Mestrado () Doutorado;	
Profissão: _____	
Quantidade de Filhos: Biológicos: _____, Adotivos: _____	
Telefone(s) para contato: (____) _____, (____) _____	
Email para contato: _____	

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO(S) REQUERENTE(S)	
Residente(s) na _____, _____, _____	
	(rua, av, etc) (Número) (Complemento)
_____	_____ CEP: _____
(Bairro)	(Município) (Estado)

DESEJA ADOTAR NO ÂMBITO: () Municipal (*somente Município de sua residência*)

() Estadual (*somente Estado de sua residência*)

() Nacional (*em mais de um estado*)

Em quais Estados?

() AC () AL () AP () AM () BA () CE () DF

() ES () GO () MA () MT () MS () MG () PA

() PB () PR () PE () PI () RJ () RN () RS

() RO () RR () SC () SP () SE () TO

Vem (Vêm) requerer a V. Ex^a. a.

() **PRIMEIRA HABILITAÇÃO PARA ADOÇÃO**, objetivando a inscrição no Cadastro Nacional de Adoção, nos termos do Art. 50 da Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente.

() **SEGUNDA HABILITAÇÃO PARA ADOÇÃO**, objetivando a inscrição no Cadastro Nacional de Adoção, nos termos do Art. 50 da Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente e consideração das reuniões do Grupo de Habilitação conforme declaração em anexo.

() **RENOVAÇÃO DA HABILITAÇÃO PARA ADOÇÃO**, objetivando a manutenção no Cadastro Nacional de Adoção, nos termos do Art. 50 da Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente.

Número do processo de Habilitação: _____,

**Nestes termos,
Pede deferimento**

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

(Assinatura Único Requerente / Requerente 1)

(Assinatura Requerente 2 - caso aplicável)

FORMULÁRIO PARA O PREENCHIMENTO DO PERFIL DA CRIANÇA

Requerente 1: _____

CPF: _____ Telefone: _____ Email: _____

Requerente 2(caso aplicável): _____

CPF: _____ Telefone: _____ Email: _____

Contato Principal: _____

1- Existe uma idade de preferência? () SIM () NÃO

Se SIM, qual a faixa etária? (Você pode marcar mais de uma opção)

Bebês [] 0 à 1 ano [] 1 à 2 anos [] 2 à 3 anos

Crianças [] 3 à 4 anos [] 4 à 5 anos [] 5 à 6 anos [] 6 à 7 anos [] 7 à 8 anos [] 8 à 9 anos

Pré-Adolescentes [] 9 à 10 anos [] 10 à 11 anos [] 11 à 12 anos [] 12 à 13 anos [] 13 à 14 anos

Adolescentes [] 14 à 15 anos [] 15 à 16 anos [] 16 à 17 anos

2- Há preferência por gênero? () SIM () NÃO

Se SIM, qual? (Marque apenas uma opção) () Masculino () Feminino

3- Existe preferência pela raça/cor? () SIM () NÃO

Se SIM, qual? (Você pode marcar mais de uma opção) [] Negro [] Pardo [] Branco [] Amarelo/Oriental

4- Aceitaria irmãos? () SIM () NÃO, apenas 1 criança.

Se SIM, quantos? (Marque apenas uma opção) [] até +1 [] até +2 [] até +3 [] até +4 [] 5 ou mais

5- Com relação as crianças especiais aceitaria? () SIM () NÃO

Em caso de SIM, relacionamos abaixo uma breve listagem com exemplos simples, escolha qual dessas necessidades **você aceitaria**. (Você pode marcar mais de uma opção)

[] Crianças que não podem andar ou apresentam dificuldades nos membros inferiores;

[] Crianças com dificuldades nos membros superiores;

[] Crianças que não podem andar e apresentam dificuldades nos membros superiores;

[] Crianças com dificuldades mais graves, como transtorno motores, de fala e alimentação;

[] Deficientes auditivos;

[] HIV positivos;

[] Síndrome de Down;

[] Lábio leporino;

[] Deficientes visuais;

[] Microcefalia;

[] Autistas;

[] Doenças mentais;

[] Outros: _____

6- Selecione o(s) Estado em que deseja buscar as crianças:

(Você pode marcar mais de uma opção)

[] Acre (AC)

[] Maranhão (MA)

[] Rio de Janeiro (RJ)

[] Alagoas (AL)

[] Mato Grosso (MT)

[] Rio Grande do Norte (RN)

[] Amapá (AP)

[] Mato Grosso do Sul (MS)

[] Rio Grande do Sul (RS)

[] Amazonas (AM)

[] Minas Gerais (MG)

[] Rondônia (RO)

[] Bahia (BA)

[] Pará (PA)

[] Roraima (RR)

[] Ceará (CE)

[] Paraíba (PB)

[] Santa Catarina (SC)

[] Distrito Federal (DF)

[] Paraná (PR)

[] São Paulo (SP)

[] Espírito Santo (ES)

[] Pernambuco (PE)

[] Sergipe (SE)

[] Goiás (GO)

[] Piauí (PI)

[] Tocantins (TO)



7- Agora, se desejar, faça um comentário ou observação a respeito de como deseja o perfil da criança que pretende adotar.

Rio de Janeiro ____ de ____ de 20 ____

Assinatura Requerente 1

Assinatura Requerente 2 (caso aplicável)



Ficha de Comparecimento às Reuniões do Grupo de Apoio à Adoção De Braços Abertos e Visita à Instituição de Acolhimento.

Nº DO PROCESSO: _____

HABILITANDO 1: _____

CPF: _____ **TEL.:** () _____ **E-MAIL:** _____

ASSINATURA: _____

HABILITANDO 2: _____

CPF: _____ **TEL.:** () _____ **E-MAIL:** _____

ASSINATURA: _____

ENCONTROS:

1º	DATA:	/ /		GAA
	TEMA:			
	Parecer dos Habilitandos:			

2º	DATA:	/ /		GAA
	TEMA:			
	Parecer dos Habilitandos:			

3º	DATA:	/ /		GAA
	TEMA:			
	Parecer dos Habilitandos:			

4º	DATA:	/ /		GAA
	TEMA:			
	Parecer dos Habilitandos:			

5º	DATA:	/ /		GAA
	TEMA:			
	Parecer dos Habilitandos:			

6º	DATA:	/ /		GAA
	TEMA:			
	Parecer dos Habilitandos:			

VISITAÇÃO:

1º	DATA / HORA:	/ /	às	:		GAA
	Instituição de Acolhimento:					
	Parecer dos Habilitandos:					

CONTATOS: (21)97190-0273 | adocao@gaadba.com.br

WWW.GAADBA.COM.BR

