

## Anexo 2

**- NÃO É NECESSÁRIO TRADUZIR ESTA PLANILHA -**

### **PLANILHA PARA CADASTRAMENTO DE INTERESSADOS PARA ADOÇÃO INTERNACIONAL ECA - Artigo 52, parágrafo único**

#### **DADOS DO REQUERENTE**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Passaporte nº: \_\_\_\_\_

Cor:  Branca  Preta  Parda  Mestiço (oriental)  Amarela  Índio

Instrução:  1º Grau  2º Grau  Superior

Profissão: \_\_\_\_\_ Renda (US) \_\_\_\_\_

#### **DADOS DA REQUERENTE**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Passaporte nº: \_\_\_\_\_

Cor:  Branca  Preta  Parda  Mestiço (oriental)  Amarela  Índio

Instrução:  1º Grau  2º Grau  Superior

Profissão: \_\_\_\_\_ Renda (US) \_\_\_\_\_

RENDA FAMILIAR (U\$ anual): \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

PAÍS: \_\_\_\_\_

---

#### **FILHOS BIOLÓGICOS**

NÃO

Do Casal Quantos \_\_\_ Idade do mais velho: \_\_\_ano(s)

Idade do mais novo: \_\_\_ano(s)

SIM  do requerente Quantos\_\_\_\_\_ Idade do mais velho:\_\_\_\_ano(s)  
Idade do mais novo: \_\_\_\_ano(s)

SIM  da requerente Quantos\_\_\_\_\_ Idade do mais velho: \_\_ \_\_ano(s)  
Idade do mais novo: \_\_\_\_ano(s)

### **FILHOS ADOTIVOS**

NÃO

SIM. Quantos \_\_\_\_ Idade do mais velho: \_\_\_\_\_anos  
Idade do mais novo: \_\_\_\_\_anos

OBS:

---

—

### **QUANTOS ADOTAM NO TOTAL**

aceitam irmãos  somente gêmeos

Idade mínima do(s) adotado(s): \_\_\_\_\_ mês(es)

Idade máxima do(s) adotado(s): \_\_\_\_\_ mês(es)

**COR:**  Branca  Preta  Parda  Amarela  Outros   
Indiferente

**SEXO:**  Feminino  Masculino  Indiferente

**OBS.:** ( se assinalar **INDIFERENTE**, não assinalar outra alternativa)

**COLOQUE "S" PARA SIM E "N" PARA NÃO:**

- com problemas físicos não tratáveis
- com problemas físicos tratáveis graves
- com problemas físicos tratáveis leves
- com problemas mentais não tratáveis
- com problemas mentais tratáveis graves
- com problemas mentais tratáveis leves
- com problemas psicológicos graves
- com problemas psicológicos leves
- pais aidéticos
- pais viciados em álcool
- pais viciados em drogas
- portadora do vírus HIV negativado
- portadora do vírus HIV positivo
- proveniente de estupro
- proveniente de incesto
- vítima de atentado violento ao pudor
- vítima de estupro
- vitimizada (maus tratos)

**REPRESENTANTE/PROCURADOR:**

ENTIDADE:

NOME DO(S) REPRESENTANTE(S) :

ENDEREÇO:

RESIDENCIAL:

COMERCIAL:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

**TELEFONE(S):**

**DOCS: RG:**

OAB:

CPF:

**(OBS.: OBRIGATÓRIO colocar números de telefones do representante/procurador, endereço completo e e-mail)**

**TODOS OS CAMPOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS COM LETRA LEGÍVEL**