

PERFIL DA CRIANÇA / ADOLESCENTE DESEJADA							
DADOS GERAIS							
Quantas crianças deseja adotar:							
Faixa etária:		de: _____ anos e _____ meses			a: _____ anos e _____ meses		
Sexo:		<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Indiferente	
Aceita adotar de outro estado: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim							
<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> AL	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AP	<input type="checkbox"/> BA	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> DF	<input type="checkbox"/> ES
<input type="checkbox"/> GO	<input type="checkbox"/> MA	<input type="checkbox"/> MG	<input type="checkbox"/> MT	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> PB	<input type="checkbox"/> PE
<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> RJ	<input type="checkbox"/> RN	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> RR	<input type="checkbox"/> RS	<input type="checkbox"/> SC
<input type="checkbox"/> SE	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> TO	<input type="checkbox"/> Selecionar todos os estados				
Raça/Cor:		<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Indiferente
Faz restrição a:							
<input type="checkbox"/> Doença tratável				<input type="checkbox"/> Deficiência mental			
_____				<input type="checkbox"/> Vírus HIV			
_____				<input type="checkbox"/> Não faz restrição			
<input type="checkbox"/> Doença não tratável							
<input type="checkbox"/> Deficiência física							
Aceita grupo de irmãos:			<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	Aceita gêmeos:		
					<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	

O(s) acima qualificado(s) requer(em) a inscrição como pretendente(s) à adoção de crianças e adolescentes, na faixa etária e características supra, nesta Comarca, com validade para todo o Estado, juntando documentação exigida no Provimento de nº 14/06.

N. Termos
P. Deferimento.

Salvador,