

## VISITA DOMICILIAR DOS PRETENDENTES A ADOÇÃO CEJAI-GO

### MORADIA:

Própria quitada ( ) Própria financiada ( ) Valor da Prestação: R\$ \_\_\_\_\_

Cedida ( ) Alugada ( ) Valor do Aluguel: R\$ \_\_\_\_\_

Tipo de Construção: Casa ( ) Apartamento ( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Material de Demolição [Sucata] ( ) Outros ( ) Única construção no lote ( ) N° de Cômodos ( )

Sala ( ) Quartos ( ) Cozinha ( ) Banheiro ( ) Dep. De Empregada ( ) Área de Serviço ( ) Quintal Varanda ( ) Play Grond ( ) Salão de Festas ( ) Jardim ( ).

OUTROS: \_\_\_\_\_

Características do Bairro ( Recursos Existentes ): Condução ( ) Escola ( ) Área de Lazer ( ) etc \_\_\_\_\_

N° de pessoas que residem no local: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco do (s) requerente (s): \_\_\_\_\_

Informações obtidas na vizinhança e Local de trabalho Se o (s) requerente (s) vive (m) em harmonia, o seu relacionamento com os filhos, se é (são) sociável (veis), se possuem vícios, valores e outros \_\_\_\_\_

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE GOIÁS-TJGO-Rua Dez, nº 150 -12º andar – sala 1.220 – CEP 74128-900  
GOIÂNIA – GO- FONE/FAX: (62) 3216-2656- BRAZIL- e-mail: [cejaitjgo@hotmail.com](mailto:cejaitjgo@hotmail.com) e  
[cejai@tj.go.gov.br](mailto:cejai@tj.go.gov.br) site: [www.tj.go.gov.br](http://www.tj.go.gov.br) (CORREGEDORIA/CEJAI)

COMPOSIÇÃO FAMILIAR-CEJAI/GO

Nº filhos	Nome	Idade	Escolaridade

### DADOS SOBRE A CRIANÇA PRETENDIDA

SEXO: \_\_\_\_\_ FAIXA ETÁRIA \_\_\_\_\_ ACEITA (M) GRUPOS DE IRMÃOS? \_\_\_\_\_

PREFERÊNCIAS: CABELO CRESPO( ) ONDULADO( ) LISO ( )

RAÇA/COR DESEJADA: BRANCA ( ) NEGRO ( ) AMARELO ( ) ÍNDIO ( ) MORENO CLARO

ACEITAM (M) CRIANÇA(S) COM PROBLEMA (S) TRATÁVEL (EIS) ( ) NÃO TRATÁVEL (EIS)

( ) DEFICIENTE FÍSICO ( ) DEFICIENTE MENTAL ( ) DEFICIENTE FÍSICO-MENTAL ( )

ACEITA(M) CRIANÇAS PORTADORAS DO VÍRUS HIV ( ) ACEITAM (M) CRIANÇAS FILHAS DE PAIS PORTADORES DO VÍRUS HIV ( ) PORTADORES DE DOENÇAS MENTAIS ( )

ALCOÓLATRAS ( ) TOXICÔMANOS ( )

ACEITA (M) RECEBER CRIANÇAS COM SUA SITUAÇÃO JURÍDICA AINDA NÃO DEFINIDA, COM PERSPECTIVAS DE VIR ADOTÁ-LAS? ( ).

\* SE NA IMPOSSIBILIDADE DE ACOLHER GRUPO DE IRMÃOS, ACEITA ACOLHER UM DELES E MANTER O CONTATO COM A FAMÍLIA QUE ACOLHEU OS DEMAIS PRETENDENTES E ESSE GRUPO?

\* DESEJA (M) CONHECER A HISTÓRIA DE VIDA DA CRIANÇA E POSTERIORMENTE REVELAR A ELA(S) SUAS ORIGENS?

QUAL É A SUA OPINIÃO A RESPEITO?

### TIPO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

SUS ( ) PARTICULAR ( ) CONVÊNIO ( ) QUAL ?

PROBLEMA DE SAÚDE DO(S) REQUERENTE(S) QUAL(IS) \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS NEUROLÓGICOS ( ) PSIQUIÁTRICOS ( ) SE HOVE ALGUMA INTERNAÇÃO ( ) SE USA REMÉDIOS CONTROLADOS ( ) EXPLIQUE AS RAZÕES:



