



SIGA-ES - Anexo I

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E GERÊNCIA DE ADOÇÃO E
ABRIGAMENTO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DE ABRIGOS

COMARCA : _____

Finalidade das Informações : INCLUSÃO NO CADASTRO ÚNICO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DO CADASTRO ÚNICO <input type="checkbox"/>		
Nome do Abrigo :		
No do Registro no conselho Municipal da criança e do adolescente :		CNPJ :
Município :	Bairro :	
Logradouro :	Número :	
Complemento :	CEP :	
Telefones :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de Instituição : ABRIGO <input type="checkbox"/> CASA DE PASSAGEM <input type="checkbox"/> CASA LAR <input type="checkbox"/>		
Esfera Administrativa : MUNICIPAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> PARCERIAS GOV/NÃO GOV <input type="checkbox"/>		
Capacidade de Abrigamento : MASCULINA <input type="text"/> FEMININA <input type="text"/>		
Faixa etária aceita pelo abrigo : (meses) : MÍNIMA <input type="text"/> MÁXIMA <input type="text"/>		
Total de Crianças / Adolescentes Abridados : <input type="text"/>		
Situação do Abrigo : EM FUNCIONAMENTO <input type="checkbox"/> DESATIVADO <input type="checkbox"/> INTERDITADO <input type="checkbox"/>		
DADOS DO RESPONSÁVEL PELO ABRIGO		
Nome :	CPF :	RG :
Telefone:RESIDENCIAL <input type="text"/>	COMERCIAL <input type="text"/>	CELULAR <input type="text"/>
Município :	Bairro :	
Logradouro :	Número :	
Complemento :	CEP :	
Responsável pelo preenchimento:		Data :



SIGA-ES - Anexo II

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E GERÊNCIA DE ADOÇÃO E
ABRIGAMENTO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DE

COMARCA : _____ VARA : _____

Finalidade das Informações : INCLUSÃO NO CADASTRO ÚNICO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DO CADASTRO ÚNICO <input type="checkbox"/>	
Nome do Abrigo :	
DADOS DA CRIANÇA	
Nome :	Data Nascimento :
Reg. Nascimento : APENAS EM NOME DO PAI <input type="checkbox"/> APENAS EM NOME DA MÃE <input type="checkbox"/> EM NOME DE AMBOS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> SEM CERTIDÃO <input type="checkbox"/>	
Raça/Cor : BRANCA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> MULATA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/>	
Escolaridade : PRÉ-ESCOLA <input type="checkbox"/> ENSINO BÁSICO <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/>	
Sexo : MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/>	
Nome do Pai :	
Nome da Mãe :	
Saúde : PROBLEMA TRATÁVEL <input type="checkbox"/> PROBLEMA DE SAÚDE CRÔNICO REVERSÍVEL <input type="checkbox"/> PROBLEMA DE SAÚDE IRREVERSÍVEL <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA MODERADA <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA SEVERA <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA MENTAL MODERADA <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA <input type="checkbox"/>	
Descrição :	
DADOS DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE AO ABRIGO	
Nome :	CPF :
Telefone : RESIDENCIAL <input type="text"/> COMERCIAL <input type="text"/> CELULAR <input type="text"/>	
Município :	Bairro :
Logradouro :	Número :
Complemento :	CEP :

País :	Unidade da Federação :
DESTITUIÇÃO DO PODER FAMILIAR	
Processo :	Data :
Situação : SEM PROCESSO <input type="checkbox"/> EM ANDAMENTO <input type="checkbox"/> DEST. DEFERIDA <input type="checkbox"/> DEST. INDEFERIDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ÓRFÃO <input type="checkbox"/>	
VISITANTES	
PAI/MÃE <input type="checkbox"/> Frequência : _____ AVÔ/AVÓ <input type="checkbox"/> Frequência : _____ IRMÃO/IRMÃ <input type="checkbox"/> Frequência : _____	
TIO/TIA <input type="checkbox"/> Frequência : _____ OUTRO <input type="checkbox"/> _____ Frequência : _____	
Data da Última Visita :	
ENTRADA NO ABRIGO	
Motivo :	Data :
SAÍDA DO ABRIGO	
Motivo :	Data :
Número de irmãos não abrigados :	
IRMÃOS ABRIGADOS	
Nome :	GÊMEO : <input type="checkbox"/>
Nome :	GÊMEO : <input type="checkbox"/>
Nome :	GÊMEO : <input type="checkbox"/>
Nome :	GÊMEO : <input type="checkbox"/>
Nome :	GÊMEO : <input type="checkbox"/>
Nome :	GÊMEO : <input type="checkbox"/>
Observações :	

Responsável pelo preenchimento:	Data :
--	---------------



SIGA-ES - Anexo III
SISTEMA DE INFORMAÇÃO E GERÊNCIA DE ADOÇÃO E
ABRIGAMENTO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DE ADOÇÕES

COMARCA : _____ VARA

: _____

Finalidade das Informações : INCLUSÃO NO CADASTRO ÚNICO ALTERAÇÃO DO
CADASTRO ÚNICO

Nome do pretendente 1 :

Nome do pretendente 2 :

Nome da criança:

Número do Processo de Adoção:

Data Sentença :

Nome do pretendente 1 :

Nome do pretendente 2 :

Nome da criança:

Número do Processo de Adoção:

Data Sentença :

Nome do pretendente 1 :

Nome do pretendente 2 :

Nome da criança:

Número do Processo de Adoção:

Data Sentença :

Nome do pretendente 1 :

Nome do pretendente 2 :

Nome da criança:

Número do Processo de Adoção:

Data Sentença :

Responsável pelo preenchimento:

Data :



SIGA-ES - Anexo IV

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E GERÊNCIA DE ADOÇÃO E
ABRIGAMENTO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DE PRETENDENTES À

COMARCA : _____ VARA

: _____

Finalidade das Informações : INCLUSÃO NO CADASTRO ÚNICO ALTERAÇÃO DO
CADASTRO ÚNICO

Tipo de Pretendente : ESTADUAL NACIONAL

DADOS DO PRETENDENTE 1

Nome : _____ **Renda Mensal :** _____

Nacionalidade : _____ **Sexo :** MASCULINO FEMININO

Tipo de Documento : Número CPF: _____ **e-mail :** _____

Estado Civil : SOLTEIRO(A) CASADO(A) SEPARADO(A) VIÚVO(A)
DIVORCIADO(A)

Escolaridade : ENSINO BÁSICO ENSINO FUNDAMENTAL ENSINO MÉDIO ENSINO
SUPERIOR
COMPLETO INCOMPLETO

Telefone: RESIDENCIAL COMERCIAL CELULAR
OUTROS

ENDEREÇO RESIDENCIAL :

Município : _____ **Bairro :** _____

Logradouro : _____ **Número :** _____

Complemento : _____ **CEP :** _____

País : _____ **Unidade da Federação :** _____

ENDEREÇO COMERCIAL :

Município : _____ **Bairro :** _____

Logradouro : _____ **Número :** _____

Complemento : _____ **CEP :** _____

País : _____ **Unidade da Federação :** _____

DADOS DO PRETENDENTE 2

Nome : _____ **Renda Mensal :** _____

Nacionalidade : _____ **Sexo :** MASCULINO FEMININO

Tipo de Documento : Número CPF: _____ **e-mail :** _____

Estado Civil : SOLTEIRO(A) CASADO(A) SEPARADO(A) VIÚVO(A)
DIVORCIADO(A)

Escolaridade : ENSINO BÁSICO ENSINO FUNDAMENTAL ENSINO MÉDIO ENSINO SUPERIOR
 COMPLETO INCOMPLETO

Telefone: RESIDENCIAL COMERCIAL CELULAR
 OUTROS

ENDEREÇO RESIDENCIAL :

Município : **Bairro :**

Logradouro : **Número :**

Complemento : **CEP :**

País : **Unidade da Federação :**

ENDEREÇO COMERCIAL :

Município : **Bairro :**

Logradouro : **Número :**

Complemento : **CEP :**

País : **Unidade da Federação :**

Data de Casamento/União Estável :

FILHOS : BIOLÓGICOS COMUNS ADOTADOS
 BIOLÓGICOS DO PRETENDENTE 1 BIOLÓGICOS DO PRETENDENTE 2

HABILITAÇÃO

Processo : **Data de Entrada :** **Data Sentença :**

Situação : DEFERIMENTO INDEFERIMENTO

PERFIL DA CRIANÇA/ADOLESCENTE PRETENDIDO(A)

Sexo : MASCULINO FEMININO
 AMBOS **Idade Inicial (meses):** **Idade Final (meses):**

Raça/Cor : BRANCA NEGRA PARDA MULATA AMARELA

Além da criança adotada, aceita quantos irmãos ? :

ACEITA GÊMEOS ACEITA PROBLEMA TRATÁVEL
 ACEITA PROBLEMA DE SAÚDE CRÔNICO REVERSÍVEL ACEITA PROBLEMA DE SAÚDE IRREVERSÍVEL
 ACEITA DEFICIÊNCIA FÍSICA MODERADA ACEITA DEFICIÊNCIA FÍSICA SEVERA
 ACEITA DEFICIÊNCIA MENTAL MODERADA ACEITA DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA

Responsável pelo preenchimento: **Data :**