



**PROGRAMA DE APADRINHAMENTO ESTREITANDO LAÇOS  
MODALIDADE: APADRINHAMENTO PRESTADOR DE SERVIÇOS  
(PESSOA FÍSICA)**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA  
(EM LETRA DE FORMA)**

**EXMA. SRA. JUIZA COORDENADORA DAS VARAS DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE DA  
COMARCA DE FORTALEZA-CE**

**DADOS PESSOAIS DO PADRINHO/MADRINHA (\*) Campos Obrigatórios**

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

\*CPF: \_\_\_\_\_ \*Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

\*Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

\*Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a)

( ) União estável ( ) Separado Judicialmente

\*Nº RG: \_\_\_\_\_ \* Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

\*Nacionalidade: \_\_\_\_\_

\*Local de Nascimento: \_\_\_\_\_ \* Estado: \_\_\_\_\_

\*Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino Superior Completo  
( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Superior Incompleto  
( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Especialização  
( ) Ensino Médio Completo ( ) Mestrado  
( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Doutorado

\*Profissão: ( ) Empregado de Empresa do setor privado  
( ) Empregado de organismo internacional ou organização não-governamental  
( ) Profissional liberal ou autônomo sem vínculo de emprego  
( ) Proprietário de empresa ou de firma individual ou empregador-titular  
( ) Membro ou servidor público da administração direta ou indireta  
( ) Aposentado  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO RESIDENCIAL (\*) Campos Obrigatórios**

\*Endereço: \_\_\_\_\_

\*Bairro: \_\_\_\_\_ \*CEP: \_\_\_\_\_

\*Cidade: \_\_\_\_\_ \*UF: \_\_\_\_\_ \*Tel 1: : \_\_\_\_\_ Tel 2: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_



**PROGRAMA DE APADRINHAMENTO ESTREITANDO LAÇOS  
MODALIDADE: APADRINHAMENTO PRESTADOR DE SERVIÇOS  
(PESSOA FÍSICA)**

O trabalho voluntário a ser desempenhado junto a essa Instituição, de acordo com a Lei nº 9.608, de 18 de Fevereiro de 1998, é atividade não remunerada, com atividades assistenciais, educacionais, científicas, cívicas, culturais, recreativas, tecnológicas e outras, não gerando vínculos empregatícios, nem funcional ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias e afins.

**Trabalho voluntário no setor de :** \_\_\_\_\_

**Dia da semana:** \_\_\_\_\_

**Horário: de** \_\_\_\_\_ **às** \_\_\_\_\_ **Período:** \_\_\_\_\_

**Com início:** \_\_\_\_\_ **Término:** \_\_\_\_\_

**Tipo de serviço a ser prestado:** \_\_\_\_\_

**Local da prestação de serviço:** \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente da legislação específica sobre o Serviço Voluntário e das normas do Programa de Apadrinhamento, e que aceito atuar como voluntário de acordo com os termos do presente Termo de Adesão. Declaro, ainda, ter plena ciência do conteúdo da Resolução 13/2015.

Nestes termos, Pede deferimento.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Requerente)

Servidor Responsável: \_\_\_\_\_