



REQUERIMENTO DE PRESTAÇÃO DE ALIMENTOS NO ESTRANGEIRO

- Convenção das Nações Unidas sobre prestação de alimentos no estrangeiro (Nova Iorque 1956)
- Convenção Interamericana sobre Obrigação Alimentar (Montevideu 1989)
- Acordo bilateral

| | | | |
|----------------|--|---|--|
| PAÍS REQUERIDO | | Nº DE BENEFICIÁRIOS INCLUÍDOS NO REQUERIMENTO | |
|----------------|--|---|--|

| | |
|-----------|---|
| REQUER-SE | <input type="checkbox"/> Início de processo relativo a obrigação alimentar no Estado requerido. |
| | <input type="checkbox"/> Execução de sentença relativa a obrigação alimentar proferida no Estado requerido. |
| | <input type="checkbox"/> Execução de sentença relativa a obrigação alimentar proferida no Estado requerente ou num terceiro Estado. |

I - DADOS DO/A BENEFICIÁRIO/A (No caso de mais de um beneficiário, incluir dados no Anexo II)

| BENEFICIÁRIO/A Nº 1 | | | | |
|-------------------------|--------------|--------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| NOME | SOBRENOMES | | NOMES | |
| | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | PAÍS DE NASCIMENTO | | |
| NACIONALIDADE | | SEXO | <input type="checkbox"/> MASCULINO | <input type="checkbox"/> FEMININO |
| RESIDÊNCIA HABITUAL | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | TELEFONE FIXO | | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | |
| | | | | |
| E-MAIL | | | | |
| PASSAPORTE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |

**CASO O/A BENEFICIÁRIO/A SEJA FILHO/A DO DEVEDOR DE ALIMENTOS,
POR FAVOR PREENCHER OS SEGUINTE DADOS
(NÃO APLICÁVEL)**

DADOS DO PAI DO/A BENEFICIÁRIO/A

| NOME | SOBRENOMES | | NOMES | |
|-------------------------|--------------|--------------------|--------------------|--------|
| | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | PAÍS DE NASCIMENTO | | |
| DOMICÍLIO | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | | TELEFONE FIXO | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | | CÓDIGO PAÍS | NÚMERO |
| | | | | |
| E-MAIL | | | | |
| NACIONALIDADE | | OCUPAÇÃO | | |
| PASSAPORTE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |

DADOS DA MÃE DO/A BENEFICIÁRIO/A

| NOME | SOBRENOMES | | NOMES | |
|-------------------------|--------------|--------------------|--------------------|--------|
| | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | PAÍS DE NASCIMENTO | | |
| DOMICÍLIO | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | | TELEFONE FIXO | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | | CÓDIGO PAÍS | NÚMERO |
| | | | | |
| E-MAIL | | | | |
| NACIONALIDADE | | OCUPAÇÃO | | |
| PASSAPORTE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |

II - INFORMAÇÕES DO REQUERENTE
(se o pedido envolve mais de um requerente, incluir os dados no Anexo III)

| NOME | SOBRENOMES | | NOMES | |
|--|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | PAÍS DE NASCIMENTO | | |
| NACIONALIDADE | | SEXO | <input type="checkbox"/> MASCULINO | <input type="checkbox"/> FEMININO |
| DOMICÍLIO | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | TELEFONE FIXO | | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | |
| | | | | |
| E-MAIL | | | | |
| PASSAPORTE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| OCUPAÇÃO | | | | |
| RELAÇÃO COM O/A BENEFICIÁRIO/A | <input type="checkbox"/> PAI / <input type="checkbox"/> MÃE / <input type="checkbox"/> AVÔ / AVÓ <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR) | | | |
| IDIOMAS EM QUE SE COMUNICA | <input type="checkbox"/> ESPANHOL / <input type="checkbox"/> INGLÊS / <input type="checkbox"/> FRANCÊS / <input type="checkbox"/> PORTUGUÊS / <input type="checkbox"/> ALEMÃO / <input type="checkbox"/> ITALIANO <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR) | | | |
| DISPONIBILIDADE PARA ASSISTIR ÀS AUDIÊNCIAS NO ESTADO REQUERIDO <u>PESSOALMENTE</u> | | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | |
| DISPONIBILIDADE PARA PARTICIPAR DA AUDIÊNCIA NO ESTADO REQUERIDO <u>POR VIDEOCONFERÊNCIA</u> | | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | |
| SOLICITA ASSISTÊNCIA JURÍDICA GRATUITA NO ESTADO REQUERIDO | | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | |

INFORMAÇÕES SOBRE SEU ASSESSOR JURÍDICO PRIVADO (NÃO APLICÁVEL)

| NOME | SOBRENOMES | | NOMES | |
|--|---|---------------|----------|--|
| | | | | |
| ENDEREÇO DE SEU ESCRITÓRIO | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | TELEFONE FIXO | | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | |
| | | | | |
| E-MAIL (Obrigatório) | | | | |
| PESSOA COM QUEM ENTRARÁ EM CONTATO A AUTORIDADE CENTRAL. | <input type="checkbox"/> ASSESSOR <input type="checkbox"/> REQUERENTE | | | |

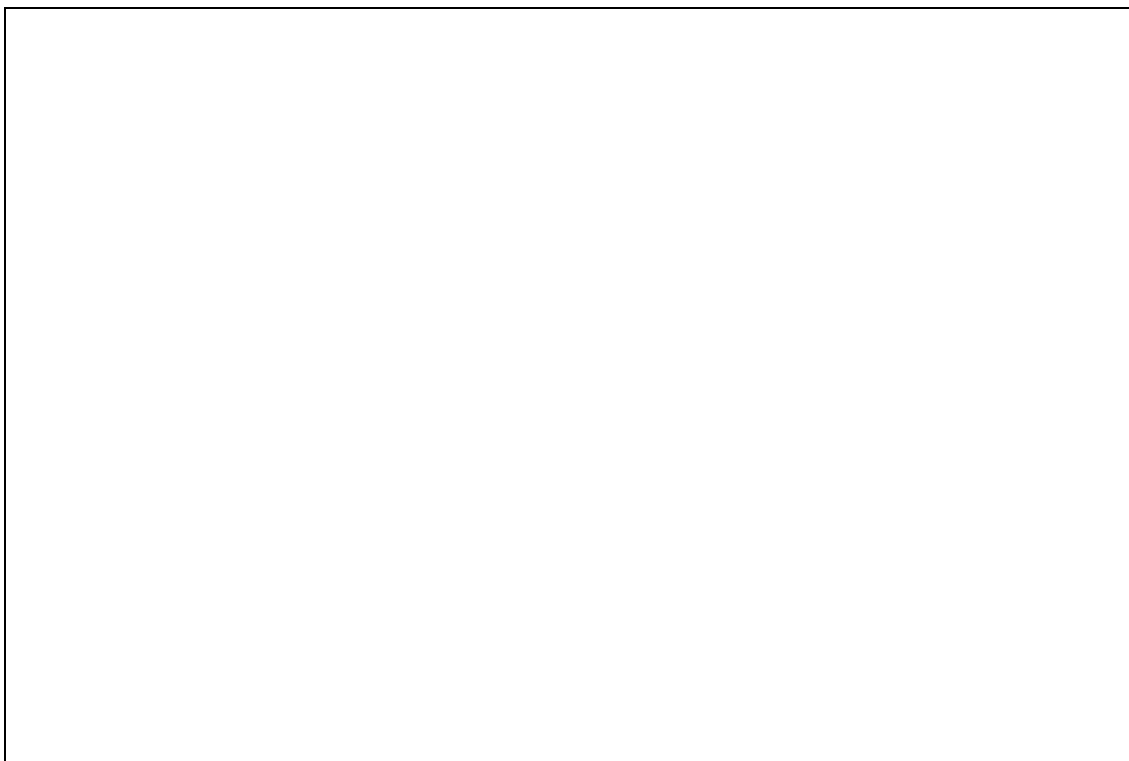
III – DEVEDOR DE ALIMENTOS

(se o pedido envolve mais de um devedor de alimentos, incluir os dados no Anexo IV)

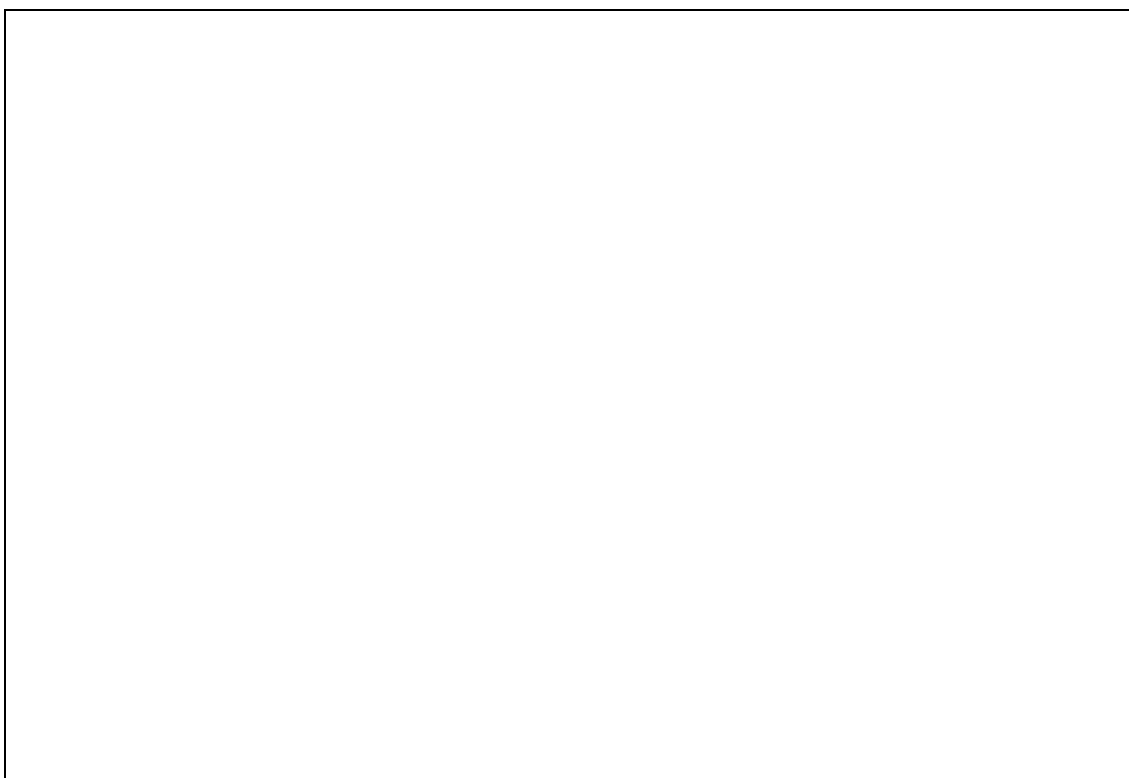
| NOME | SOBRENOMES | | NOMES | |
|---|---|--------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | PAÍS DE NASCIMENTO | | |
| NACIONALIDADE | | SEXO | <input type="checkbox"/> MASCULINO | <input type="checkbox"/> FEMININO |
| DOMICÍLIO PARTICULAR | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | TELEFONE FIXO | | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | |
| | | | | |
| E-MAIL PESSOAL | | | | |
| EMPREGADOR | | | | |
| ENDEREÇO DO TRABALHO | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE DO TRABALHO | | E-MAIL DO TRABALHO | | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | | | |
| | | | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO | | | | |
| PASSAPORTE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| OCUPAÇÃO | | | | |
| RELAÇÃO COM O/A BENEFICIÁRIO/A | <input type="checkbox"/> PAI / <input type="checkbox"/> MÃE / <input type="checkbox"/> AVÔ / AVÓ <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR): | | | |
| IDIOMAS EM QUE SE COMUNICA | <input type="checkbox"/> ESPANHOL / <input type="checkbox"/> INGLÊS / <input type="checkbox"/> FRANCÊS / <input type="checkbox"/> PORTUGUÊS / <input type="checkbox"/> ALEMÃO / <input type="checkbox"/> ITALIANO <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR) | | | |
| DESCRIÇÃO | ESTATURA | PESO | COR DOS OLHOS | COR DO CABELO |
| | | | | |
| | OUTROS | | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES ÚTEIS PARA SUA LOCALIZAÇÃO | | | | |

IV - DESCRIÇÃO DOS MOTIVOS EM QUE FUNDA A PRETENSÃO

V – SITUAÇÃO ECONÔMICA E FAMILIAR DO REQUERENTE

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the applicant to provide details about their economic and family situation.

VI – SITUAÇÃO ECONÔMICA E FAMILIAR DO(S) DEVEDOR(ES) DE ALIMENTOS (SE CONHECIDA)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the applicant to provide details about the economic and family situation of the debtor(s) of food items, if known.

VII- O REQUERENTE ALGUMA VEZ RECEBEU DO DEVEDOR CERTA QUANTIA EM DINHEIRO PARA ALIMENTOS? SIM NÃO.

Em caso afirmativo, indicar a importância e o período que compreende a quantia recebida.

VIII - LIQUIDAÇÃO DE DÍVIDA DE ALIMENTOS EM ATRASO

(Detalhamento da dívida, especificando mês a mês, qual o valor fixado judicialmente, a importância que o devedor pagou e o saldo devido).

IX - QUANTIA MENSAL RECLAMADA POR PENSÃO ALIMENTÍCIA

| PESOS URUGUAIOS | DÓLARES ESTADUNIDENSES | EUROS |
|-----------------|------------------------|---------|
| UYU | USD | EUR (€) |

X - PROCEDIMENTOS JUDICIAIS EM ANDAMENTO

| | | | |
|--------------|---|--|--|
| CIVIL | NO URUGUAI | Juízo | |
| | | IUE (Identificação Única do Processo) | |
| | | Detalhamento | |
| | FORA DO URUGUAI | País | |
| | | Juízo | |
| | | Nº Processo | |
| | | Detalhamento | |
| | <input type="checkbox"/> NÃO foi iniciada previamente ação judicial civil em relação à/s pessoa/s beneficiária/s envolvida/s neste requerimento. | | |

XI - MEDIAÇÃO

| | |
|-----------------|--|
| MEDIAÇÃO | <input type="checkbox"/> Solicito – se possível nos termos das leis do Estado requerido – que a Instituição Intermediária do Estado requerido entre em contato com a pessoa identificada no item III (e eventualmente no anexo III, se houver mais de um devedor), a fim de tentar um acordo entre as partes que permita a cobrança da pensão alimentícia. |
| | <input type="checkbox"/> Peço requerimento para a cobrança de pensão alimentícia pela via judicial, SEM procurar mediação administrativa prévia levada a cabo pela Instituição Intermediária do Estado requerido. |

XII - CONTA EM QUE DEVERÁ SER CREDITADO O PAGAMENTO DA PENSÃO ALIMENTÍCIA

Indicar conta bancária com o código SWIFT ou dados para vale postal

XIII - DOCUMENTOS ANEXOS

- Disposições do Código Civil Uruguaio.
- Disposições do Código da Infância e da Adolescência Uruguaio.
- Fotografia/s do/s beneficiário/s
- Fotografia do requerente.
- Fotografia do/s devedor/es de alimentos.
- Certidão de nascimento do/s beneficiário/s filho/s do devedor de alimentos, legalizada ou apostilada, conforme o caso **(obrigatório)**.
- Certidão de casamento dos genitores do/s beneficiário/s filho/s do devedor de alimentos, legalizada ou apostilada, conforme o caso.
- Certidão de casamento entre o requerente e o devedor de alimentos, legalizada ou apostilada, conforme o caso.
- Sentença de divórcio entre o requerente e o devedor de alimentos, legalizada ou apostilada, conforme o caso.
- Ordem judicial em vigor, legalizada ou apostilada, conforme o caso.
- Acordo juridicamente vinculante.
- Documentos probatórios da residência habitual do/s beneficiário/s no Uruguai **(obrigatório)**.
 - Atestado escolar.
 - Atestado médico.
 - Certidão de movimentos migratórios do/s beneficiário/s.
 - Outros (especificar)
- Se o beneficiário for maior de 18 anos de idade, comprovar a condição de estudante.
- Formulário de assistência judiciária gratuita.
- Procuração para representação especial.
- Outros (especificar):

XI - INFORMAÇÃO ADICIONAL

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|---|---|
| <p>ASSINATURA DO REQUERENTE</p> <p>_____</p> <p>Nome por extenso:</p> <p>C.I.:</p> | <p>LOCAL E DATA</p> <p>Montevidéu,</p> |
| <p>_____</p> <p>Assinatura</p> <p>AUTORIDADE CENTRAL DE COOPERAÇÃO JURÍDICA INTERNACIONAL MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA</p> <p>REPÚBLICA ORIENTAL DO URUGUAI</p> | <p>AUTORIDADE CENTRAL DE COOPERAÇÃO JURÍDICA INTERNACIONAL</p> <p>ENDEREÇO Reconquista 535, <u>5º andar</u> CP: 11000 MONTEVIDÉU – URUGUAI</p> <p>TELEFONE TELE/FAX (598) 2915 8836 TELE/FAX (598) 2915 9780</p> <p>E-MAIL: menores@mec.gub.uy</p> <p>Dr. Daniel Trecca (Chefe)</p> <p>Dra. María José Rodríguez (Assessora legal)</p> <p>Dr. Manuel Ferreira (Assessor legal)</p> |

O requerimento deve ser assinado no local da Autoridade Central do Uruguai ou - caso contrário - com firma reconhecida por Notário Público. O formulário e os documentos anexos devem ser traduzidos para o idioma do país do domicílio do devedor de alimentos.

ANEXO I

PROCURAÇÃO PARA REPRESENTAÇÃO

O/A Sr./Sra. _____, da nacionalidade _____ de profissão _____ e domiciliado/a em _____, de acordo com as disposições da art.. 3 da Convenção de 20 de junho de 1956, concluída em Nova Iorque, para obter alimentos no estrangeiro, **OUTORGO PODER** à **Instituição Intermediária de** _____ ou à pessoa por ela designada, a fim de realizar todos os atos administrativos e/ou judiciais necessários para reclamar alimentos e/ou reconhecer e/ou executar sentença sobre alimentos a favor de _____ com o objetivo de efetivar a devida cobrança; incluindo a possibilidade de chegar a um acordo transaccional com o requerido,

Esta Procuração outorga poderes de representação e negociação, no entanto, qualquer decisão extrajudicial além dos termos estabelecidos no requerimento anexo, deverá solicitar o consentimento expreso do mandante.

Na cidade de _____ em / /

ASSINATURA OUTORGANTE _____

CERTIFICA: _____

NOME POR EXTENSO

NOME POR EXTENSO

(Deve ser assinado no local da Autoridade Central do Uruguai ou com firma reconhecida por Notário Público.)

ANEXO II
OUTROS BENEFICIÁRIOS/AS

| BENEFICIÁRIO Nº 1 | | | | |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------|---|--|
| NOME | SOBRENOMES | | NOMES | |
| | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | PAÍS DE NASCIMENTO | | |
| NACIONALIDADE | | SEXO | <input type="checkbox"/> MASCULINO | <input type="checkbox"/> FEMININO |
| RESIDÊNCIA HABITUAL | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | TELEFONE FIXO | | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | |
| | | | | |
| E-MAIL | | | | |
| PASSAPORTE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |

**CASO O/A BENEFICIÁRIO/A SEJA FILHO/A DO DEVEDOR DE ALIMENTOS, POR FAVOR PREENCHER OS
SEGUINTE DADOS
(NÃO APLICÁVEL)**

DADOS DO PAI DO/A BENEFICIÁRIO/A

| NOME | SOBRENOMES | | NOMES | |
|-------------------------|--------------|--------------------|--------------------|--|
| | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | PAÍS DE NASCIMENTO | | |
| DOMICÍLIO | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | TELEFONE FIXO | | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | |
| | | | | |
| E-MAIL | | | | |
| NACIONALIDADE | | OCUPAÇÃO | | |
| PASSAPORTE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |

DADOS DA MÃE DO/A BENEFICIÁRIO/A

| NOME | SOBRENOMES | | NOMES | |
|-------------------------|--------------|--------------------|--------------------|--|
| | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | PAÍS DE NASCIMENTO | | |
| DOMICÍLIO | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | TELEFONE FIXO | | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | |
| | | | | |
| E-MAIL | | | | |
| NACIONALIDADE | | OCUPAÇÃO | | |
| PASSAPORTE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |

ANEXO III
OUTROS REQUERENTES

| NOME | SOBRENOMES | | NOMES | |
|--|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | PAÍS DE NASCIMENTO | | |
| NACIONALIDADE | | SEXO | <input type="checkbox"/> MASCULINO | <input type="checkbox"/> FEMININO |
| DOMICÍLIO | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | TELEFONE FIXO | | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | |
| | | | | |
| E-MAIL | | | | |
| PASSAPORTE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| OCUPAÇÃO | | | | |
| RELAÇÃO COM O/A BENEFICIÁRIO/A | <input type="checkbox"/> PAI / <input type="checkbox"/> MÃE / <input type="checkbox"/> AVÔ / AVÓ <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR) | | | |
| IDIOMAS EM QUE SE COMUNICA | <input type="checkbox"/> ESPANHOL / <input type="checkbox"/> INGLÊS / <input type="checkbox"/> FRANCÊS / <input type="checkbox"/> PORTUGUÊS / <input type="checkbox"/> ALEMÃO / <input type="checkbox"/> ITALIANO <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR) | | | |
| DISPONIBILIDADE PARA ASSISTIR ÀS AUDIÊNCIAS NO ESTADO REQUERIDO <u>PESSOALMENTE</u> | | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | |
| DISPONIBILIDADE PARA PARTICIPAR DA AUDIÊNCIA NO ESTADO REQUERIDO <u>POR VIDEOCONFERÊNCIA</u> | | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | |
| SOLICITA ASSISTÊNCIA JURÍDICA GRATUITA NO ESTADO REQUERIDO | | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | |

INFORMAÇÕES SOBRE O SEU ASSESSOR JURÍDICO PRIVADO (NÃO APLICÁVEL)

| NOME | SOBRENOMES | | NOMES | |
|--|-----------------------------------|---------------|-------------------------------------|--|
| | | | | |
| ENDEREÇO DE SEU ESCRITÓRIO | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | TELEFONE FIXO | | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | |
| | | | | |
| E-MAIL (Obrigatório) | | | | |
| PESSOA COM QUEM ENTRARÁ EM CONTATO A AUTORIDADE CENTRAL. | <input type="checkbox"/> ASSESSOR | | <input type="checkbox"/> REQUERENTE | |

ANEXO IV
OUTROS DEVEDORES DE ALIMENTOS

| NOME | SOBRENOMES | | NOMES | |
|---|---|--------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | PAÍS DE NASCIMENTO | | |
| NACIONALIDADE | | SEXO | <input type="checkbox"/> MASCULINO | <input type="checkbox"/> FEMININO |
| DOMICÍLIO PARTICULAR | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | TELEFONE FIXO | | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | |
| | | | | |
| E-MAIL PESSOAL | | | | |
| EMPREGADOR | | | | |
| ENDEREÇO DO TRABALHO | PAÍS | CIDADE | ENDEREÇO | |
| | | | | |
| TELEFONE DO TRABALHO | | E-MAIL DO TRABALHO | | |
| CÓDIGO PAÍS | NÚMERO | | | |
| | | | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO | | | | |
| PASSAPORTE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE | PAÍS EMISSOR | NÚMERO | DATA DE VENCIMENTO | |
| | | | | |
| OCUPAÇÃO | | | | |
| RELAÇÃO COM O/A BENEFICIÁRIO/A | <input type="checkbox"/> PAI / <input type="checkbox"/> MÃE / <input type="checkbox"/> AVÔ / AVÓ <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR): | | | |
| IDIOMAS EM QUE SE COMUNICA | <input type="checkbox"/> ESPANHOL / <input type="checkbox"/> INGLÊS / <input type="checkbox"/> FRANCÊS / <input type="checkbox"/> PORTUGUÊS / <input type="checkbox"/> ALEMÃO / <input type="checkbox"/> ITALIANO <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR) | | | |
| DESCRIÇÃO | ESTATURA | PESO | COR DOS OLHOS | COR DO CABELO |
| | | | | |
| | OUTROS | | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES ÚTEIS PARA SUA LOCALIZAÇÃO | | | | |