

ANEXO I

A) COMPOSIÇÃO SITUAÇÃO DO GRUPO FAMILIAR (INCLUIR TODOS OS MEMBROS RESIDENTES NO MESMO DOMICÍLIO, INCLUSIVE O CANDIDATO/A, MESMO QUE MORANDO FORA DO DOMICÍLIO).

Nome	CPF (O número do cpf é opcional para pessoas até 14 anos)	Grau de Parentesco/ví nculo	Idade	Escolaridade	Profissão ou Ocupação (formal ou informal / aposentadori a)	Renda Mensal	Outras Fontes (Bolsa Família, aluguel de imóvel, ajuda familiar etc)	
							Atividade	Renda



UFRPE B) INFORMAÇÕES SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE DO GRUPO FAMILIAR RESIDENTE NO MESMO DOMICÍLIO

Nome	Parentesco/ Vínculo	Pessoa com deficiência	Doença (crônica/agravos)	Possui dificuldade em acessar o tratamento	Plano de saúde	Valor do Plano	Despesa Mensal Total (incluindo remédios)
		[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim		
		[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim		
		[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim		
		[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim		
		[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim		
		[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim		
		[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim	[] Não []sim		