



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).

[illegible]



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)
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim		
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim		
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim		
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim		
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim		
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim		
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim		