**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/vínculo | Idade | Escolaridade | Profissão ou Ocupação (formal ou informal / aposentadoria) | Renda Mensal | Outras Fontes (Bolsa Família, aluguel de imóvel, ajuda familiar etc) | |
|
| Atividade | Renda |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 |  |  |