





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 com Saúde (incluindo remédios, tratamentos)
		<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		