



## 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)
		<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		