



Formulário – Programa Habitacional

Parte 1 – Dados do Responsável pela Unidade Familiar

1.	Nome Completo					
2.	CPF					
3.	RG					
4.	Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino			
5.	Arrimo de família	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
6.	Data de Nascimento					
7.	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> UniãoEstável	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viúvo
8.	Cor ou Raça	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Preta
9.	Escolaridade	<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Fundamental Inc./Compl	<input type="checkbox"/> Médio Incompl./Compl.	<input type="checkbox"/> Superior Incompl./Compl.	<input type="checkbox"/> Pós-graduação
10.	Profissão/Ocupação Principal					
11.	Tipo de trabalho	<input type="checkbox"/> Formal	<input type="checkbox"/> Informal	<input type="checkbox"/> Desempregado		
12.	Renda mensal	Recebe BPC – Benefício de Prestação Continuada ? () sim () não Qual ?				

Parte 2 – Composição Familiar

Nº	Nome Completo	Sexo	Idade	Parentesco	Escolaridade	Ocupação	Renda(R\$)	Deficiência (S/N)	Tipo Deficiência	Saúde Especial (S/N)
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										



Parte 3 – Dados da Moradia					
Tipo do imóvel	<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Outro		
Situação do imóvel	<input type="checkbox"/> Próprio Quitado	<input type="checkbox"/> Financiado	<input type="checkbox"/> Alugado	<input type="checkbox"/> Cedido	() Barraco/improvisado
Número de cômodos					
Número de pessoas morando					
Abastecimento de água	<input type="checkbox"/> Rede Geral	<input type="checkbox"/> Poço	<input type="checkbox"/> Cisterna	<input type="checkbox"/> Outra	
Esgotamento sanitário	<input type="checkbox"/> Rede Geral	<input type="checkbox"/> Fossa	<input type="checkbox"/> Céu aberto		
Energia elétrica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Gasto mensal com energia elétric	R\$				
Gasto mensal com água/esgoto	R\$				
Gasto mensal com aluguel	R\$				
Gasto mensal com transporte	R\$				
Recebe tarifa social	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tempo de moradia no Município?		
Parte 4 – Renda e Subsistência					
Fonte principal de renda	<input type="checkbox"/> Trabalho formal	<input type="checkbox"/> Trabalho Informal	<input type="checkbox"/> Benefício social	<input type="checkbox"/> Pensão/aposentadoria	<input type="checkbox"/> Outra
Total da renda familiar mensal					
Participa de programas sociais	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Existe atividade econômica realizada no domicílio (Marque todas que se aplicam):					
<input type="checkbox"/>	Comércio(ex:venda de alimentos,bebidas,mercearia)				
<input type="checkbox"/>	Serviços(ex:salão de beleza,costura,oficina)				
<input type="checkbox"/>	Produção artesanal ou manufatura				
<input type="checkbox"/>	Produção agrícola ou criação de animais				
<input type="checkbox"/>	Não				
Parte 5 – Saúde					
Algum membro da família possui alguma deficiência?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Condição de saúde especial (Marque todas que se aplicam):					
<input type="checkbox"/>	Deficiência física				



<input type="checkbox"/>	Deficiência intelectual
<input type="checkbox"/>	Deficiência visual
<input type="checkbox"/>	Deficiência auditiva
<input type="checkbox"/>	Doença crônica (ex:diabetes, hipertensão)
<input type="checkbox"/>	Saúde mental (ex:depressão, transtornos)
<input type="checkbox"/>	Outros