

VI - SITUAÇÃO SOCIAL

01. CITE 03 (TRÊS) PESSOAS QUE POSSAM PRESTAR INFORMAÇÕES SOBRE VOCÊ:

NOME _____
RUA _____ Nº. _____
COMPLEMENTO _____
BAIRRO _____ FONE _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____

NOME _____
RUA _____ Nº. _____
COMPLEMENTO _____
BAIRRO _____ FONE _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____

NOME _____
RUA _____ Nº. _____
COMPLEMENTO _____
BAIRRO _____ FONE _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____

EM CASO DE URGÊNCIA, CITE 02 DUAS PESSOAS PARA CONTATO:

NOME _____
RUA _____ Nº. _____
COMPLEMENTO _____
BAIRRO _____ FONE _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____

NOME _____
RUA _____ Nº. _____
COMPLEMENTO _____
BAIRRO _____ FONE _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____

CITE O NOME DOS CLUBES OU ASSOCIAÇÕES QUE VOCÊ SEJA SÓCIO OU QUE FREQUENTA REGULARMENTE:

VOCÊ JÁ FEZ OU FAZ USO HABITUAL DE BEBIDAS ALCOÓLICAS OU POSSUI QUALQUER OUTRO VÍCIO OU DEPENDÊNCIA?

SIM () NÃO ()

CASO AFIRMATIVO FORNEÇA DETALHES _____

PRESTA ALGUM SERVIÇO VOLUNTÁRIO?

SIM () NÃO ()

SE AFIRMATIVO ONDE? _____

PERÍODO ____/____/____ A ____/____/____

VII - SITUAÇÃO FAMILIAR

COM QUEM VOCÊ RESIDE:

() SOZINHO(a) () COM OS PAIS

() COM ESPOSO(a) () COM COMPANHEIRO(a)

() COM FILHO(a) () COM AMIGO

CITAR OS MOTIVOS: _____

SEU SALÁRIO ATUAL ADVÉM DE MAIS DE UMA FONTE DE RENDA?

SIM () NÃO ()

3. QUANTO É O SEU SALÁRIO? _____

4. QUANTO É A SUA RENDA FAMILIAR? _____

5. QUANTAS PESSOAS CONTRIBUEM? _____

SUA RESIDÊNCIA É:

() PRÓPRIA () CEDIDA

() ALUGADA () OUTROS (especificar) _____

POSSUI VEÍCULO AUTOMOTOR? () SIM () NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, FORNEÇA MARCA _____

MODELO _____ PLACA _____ ANO _____

CITAR O NOME DE SEUS DEPENDENTES:

NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO

VOCÊ JÁ SOFREU OU SOFRE DE:

DISTÚRBIOS MENTAIS OU NERVOSOS SIM () NÃO ()

MOLÉSTIA INFECTO-CONTAGIOSA SIM () NÃO ()

DOENÇAS HEREDITÁRIAS SIM () NÃO ()

OUTROS TIPOS DE DOENÇA SIM () NÃO ()

EM CASO AFIRMATIVO:

TOMA REMÉDIO CONTROLADO SIM () NÃO ()

QUAL? _____

EXPLIQUE DETALHADAMENTE O QUE VOCÊ SABE SOBRE A DOENÇA: _____

ALGUM MEMBRO DE SUA FAMÍLIA JÁ SOFREU OU SOFRE DE:

DISTÚRBIOS MENTAIS OU NERVOSOS SIM () NÃO ()

MOLÉSTIA INFECTO-CONTAGIOSA SIM () NÃO ()

DOENÇAS HEREDITÁRIAS SIM () NÃO ()

OUTROS TIPOS DE DOENÇA SIM () NÃO ()

CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE DETALHADAMENTE SOBRE A DOENÇA E O GRAU DE PARENTESCO: _____

VOCÊ JÁ FOI INTERNADO EM HOSPITAL? () SIM () NÃO

CASO POSITIVO, FORNEÇA DETALHADAMENTE:

NOME DO HOSPITAL _____

MOTIVO DO INTERNAMENTO OU NOME DA DOENÇA _____

PERÍODO DE INTERNAMENTO ____/____/____ A ____/____/____

CIDADE _____ UF _____

TEM ALGUMA RESTRIÇÃO FÍSICA? _____ QUAL? _____

VOCÊ TEM ALGUM DISTÚRPIO DE SAÚDE QUE O LIMITE QUANTO A PRÁTICA DE:

GINÁSTICA () SIM () NÃO

NATAÇÃO () SIM () NÃO

CORRIDAS () SIM () NÃO

GINÁSTICA PESADA () SIM () NÃO

CAMINHADAS LONGAS () SIM () NÃO

ARTES MARCIAIS OU DEFESA PESSOAL () SIM () NÃO

OUTRAS MODALIDADES ESPORTIVAS QUE EXIJAM ESFORÇO FÍSICO (especificar) _____

TIPOSANGUÍNEO _____ FATORRH _____

VIII - INFORMAÇÕES PESSOAIS

FALA OUTRO IDIOMA? _____ QUAL? _____

FALE LIVREMENTE SOBRE VOCÊ: _____

(NOME) _____,

DECLARO QUE AS RESPOSTAS FORNECIDAS NESTE QUESTIONÁRIO SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE.

_____, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA