



Coordenadoria Técnica de Habitação

Fis: N° 43
Proc: N° 1033/2018

ANEXO X

ENTREVISTA SOCIAL

____/____/____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

1.1 - NOME _____ 1.2 - Sexo _____
 1.3 - CPF _____ 1.4 - Data de Nascimento ____/____/____ 1.5 - Idade _____ anos
 1.6 - RG _____ UF _____ Data de Exp. ____/____/____ 1.7 - Naturalidade _____
 1.8 - Estado Civil: () Solteiro. () Casado. () Divorciado. () Viúvo. () União Estável Tempo: _____
 1.9 - Cônjuge: _____ Documento: _____
 1.10 - Pai _____
 1.11 - Mãe _____
 1.12 - Tempo de residência no município _____ anos 1.13 - Procedência _____
 1.14 - Tels. _____ 1.15 - Recado _____

2. DADOS DA MORADIA

2.1 - Endereço _____ Nº _____
 Complemento _____
 2.2 - Bairro _____ 2.3 - Município _____
 2.4 - Tempo que reside neste endereço _____ 2.5 - Área: () Livre () Particular
 2.6 - Alguém da residência foi beneficiário Programa Habitacional do Município? () SIM () NÃO
 2.7 - Quem/que programa? _____

3. INFORMAÇÕES DE MORADIA E DESPESAS

| Situação de moradia | N.º de cômodos | Tipo de construção | Água/energia | Outras despesas |
|------------------------|----------------|-------------------------|------------------|-----------------|
| Aluguel R\$ _____ | () Sala | () Tijolo/Alvenaria | Água | _____ |
| Mensalidades atrasadas | () Quarto | () Madeira | R\$ _____ | _____ |
| () SIM () NÃO | () Cozinha | () Mat. reaproveitável | Energia elétrica | _____ |
| Quantas: _____ | () Banheiro | () Outro | R\$ _____ | _____ |
| () próprio | () Interno | _____ | Gás | _____ |
| () Cedido | () Externo | _____ | R\$ _____ | _____ |
| () Financiado | () Outros | _____ | Alimentação | _____ |
| () Invaso | _____ | _____ | R\$ _____ | _____ |
| () Outros | _____ | _____ | _____ | _____ |

4. O imóvel apresenta algum dos problemas abaixo?

() Rachaduras/Trincas () Umidade/Infiltração () Mofo/Bolor () Falta de Ventilação
 () Goteiras/Vazamentos () Acessibilidade precária () Infestação de roedores
 () Outros. Qual? _____

5. Houve alguma providência por parte da família com relação ao problema? Houve providências? () Sim () Não

() Comunicado ao proprietário () Comunicado à Defesa Civil () Reparos
 () Outros _____



Coordenadoria Técnica de Habitação

6. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

| Nº | Nome | Parentesco | Idade | DN | Deficiência | Escolaridade | Cursando Período | Profissão | Ocupação | Renda |
|----|-----------------------------------|------------|-------|----|-------------|--------------|------------------|-----------|----------|-------|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | |
| | Total da renda apresentada | | | | | | | | | |
| | Renda per capita | | | | | | | | | |

Fis: Nº 43
Proc: Nº 1031015 2



| |
|---------------------------|
| Fis: N° <u>44</u> |
| Proc: N° <u>1033/2015</u> |

Coordenadoria Técnica de Habitação

7. Possui cadastro em Programa Social de Transferência Condicionada de Renda?

- () Bolsa Família - R\$ _____ Há quanto tempo? _____
() Renda Cidadã - R\$ _____ Há quanto tempo? _____
() Ação Jovem - R\$ _____ Há quanto tempo? _____
() Outro - R\$ _____ Há quanto tempo? _____

8. Recebe cesta básica do município?

- () mensal. () bimestral. () trimestral. Há quanto tempo? _____

9. Alguém da família possui alguma das condições ou DOENÇAS abaixo?

- () Gestação. () Idoso acamado. () Dependência química. () Transtorno mental.
() Doença Crônica, qual? _____ outros: _____

10. Alguém da família faz uso contínuo de medicamentos? () Sim () Não

Quem? _____

11. Todos os medicamentos são fornecidos pelo Município? () Sim () Não.

12. Alguém da sua família já acessou algum destes órgãos?

- () CRAS () CREAS () Conselho Tutelar () Outros - Qual? _____

13. Alguém na família vivencia alguma das situações abaixo? () Sim () Não.

- | | |
|--|--------------------------------|
| () Cumprimento de penas alternativas? | () Abrigado? |
| () Cumprimento de medida sócio educativa? | () Casa de longa permanência? |
| () Adolescente gestante? | () Penitenciária? |
| () Adolescente com filhos? | () Outro. Descrever |
| () Desemprego há mais de 02 anos? | _____ |
| () Situação de rua? | _____ |
| () Interno em hospital? | _____ |

14. Há alguém na família que utiliza algum dos recursos abaixo? Quem?

- () Órtese () Prótese
() Produtos específicos (aparelhos, leites, fraldas, etc.). _____

O Produto foi/é fornecido o pelo município? () Sim () Não

15. Alguém da família acessa ou já acessou algum desses serviços? () Sim () Não

- | | |
|---|-----------------------------|
| () Brinquedoteca | () Oficinas/Cursos no CRAS |
| () Oficinas culturais | () Escola esportiva |
| () Cursos do Fundo Social de solidariedade | () Teatro |
| () Parques e áreas de lazer | () Parque da Maturidade |
| () Instituições sociais | () Espaço mulher |
| () Biblioteca | () Outros _____ |

Assinatura do entrevistado: _____

