



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AGRESTE DE PERNAMBUCO – UFAPE
PRÓ-REITORIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL – PRAE
DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS E AÇÕES EDUCATIVAS – DPEA
COORDENADORIA DE ATENÇÃO E PERMANÊNCIA ESTUDANTIL – CAPE

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 com Saúde 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		
		<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		