

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

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

SIM ( ) NÃO ( )

CASO AFIRMATIVO FORNEÇA DETALHES \_\_\_\_\_

06. PRESTA ALGUM SERVIÇO VOLUNTÁRIO?

SIM ( ) NÃO ( )

SE AFIRMATIVO ONDE? \_\_\_\_\_

PERÍODO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### VII - SITUAÇÃO FAMILIAR

01. COM QUEM VOCÊ RESIDE:

( ) SOZINHO(a)

( ) COM OS PAIS

( ) COM ESPOSO(a)

( ) COM COMPANHEIRO(a)

( ) COM FILHO(a)

( ) COM AMIGO

CITAR OS MOTIVOS: \_\_\_\_\_

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

SIM ( ) NÃO ( )

03. QUANTO É O SEU SALÁRIO? \_\_\_\_\_

04. QUANTO É A SUA RENDA FAMILIAR? \_\_\_\_\_

05. QUANTAS PESSOAS CONTRIBUEM? \_\_\_\_\_

06. SUA RESIDÊNCIA É:

( ) PRÓPRIA

( ) CEDIDA

( ) ALUGADA

( ) OUTROS ( especificar)

07. POSSUI VEÍCULO AUTOMOTOR?

( ) SIM ( ) NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, FORNEÇA MARCA \_\_\_\_\_

MODELO \_\_\_\_\_ PLACA \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_

08. CITAR O NOME DE SEUS DEPENDENTES:

NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO

09. 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: \_\_\_\_\_

10. 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: \_\_\_\_\_

11. 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 \_\_\_\_\_