

**PROGRAMA DE APOIO SOCIOECONÔMICO****ANAMNESE SOCIAL DOS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA DE APOIO SOCIOECONÔMICO**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ OM: \_\_\_\_\_ BENEFÍCIO PLEITEADO: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO****1. Posto/Graduação, NIP e Nome completo:**

---

---

**2. Se dependente, pensionista ou pensionada, informar também o Posto/Graduação e NIP do Titular:**

---

**3. Sexo:**1.  Masculino                      2.  Feminino**4. Data de nascimento e idade:**

Nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - |\_\_|\_\_| anos

**5. Naturalidade: (exemplo: RJ)**

R: |\_\_|\_\_|

**6. Estado civil:**1.  Solteiro(a)                      4.  Separado(a)  
2.  Casado(a)                      5.  Divorciado(a)  
3.  União estável                      6.  Viúvo(a)**DADOS DE CONTATO****7. Telefone residencial e celular:**

---

**8. Endereço residencial:**

---

---

**9. OM: (Se dependente, pensionista ou pensionada, informar a OM do Titular)**

---

**UNIDADE FAMILIAR****10. Incluindo você, quantas pessoas moram na sua casa?**

R: |\_\_|\_\_| pessoa(s)

**11. Você possui familiar(es) com algum tipo de deficiência? (Considerar apenas as pessoas que moram com você)**1.  Sim                                      2.  Não**12. Se a resposta anterior foi "Sim", essa pessoa está incluída no Programa de Atendimento Especial (PAE)?**1.  Sim                                      2.  Não**13. Você possui familiar(es) idoso(s)? (Considerar apenas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que moram com você)**1.  Sim                                      2.  Não**14. Você possui familiar(es) que seja(m) portador(es) de doença(s) graves(s)/crônica(s)? (Considerar apenas as pessoas que moram com você)**1.  Sim                                      2.  Não**15. Você possui filhos? (Considerar também os enteados)**1.  Sim                                      2.  Não**16. Se a resposta anterior foi "Sim", quantos filhos você tem?**

R: |\_\_|\_\_| filho(s)

**17. Possui filhos com idade igual ou inferior a 14 anos morando com você em tempo integral?**1.  Sim                                      2.  Não**18. Quando você e/ou seu cônjuge/companheira(o) estão no trabalho ou estudando, é necessário utilizar algum serviço para prestar assistência ao(s) seu(s) filho(s)? (ex: creche, cuidador(a) etc.)**1.  Sim                                      2.  Não**SITUAÇÃO FINANCEIRA****19. Você possui dívidas referentes a empréstimo(s) financeiro(s)?**1.  Sim                                      2.  Não**20. Se a resposta anterior foi "Sim", qual o valor mensal dessa despesa?**

R: R\$ |\_\_|\_\_|. |\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_|

