



**COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MUTUM**

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Nome: _____

Endereço: _____ N° _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Possui propriedade na zona rural: () Sim () Não Telefone: () _____

Casa em que reside: () própria () alugada, Valor R\$ _____ () cedida () financiada, Valor R\$ _____

Estado civil: () Solteiro(a) () Casado (a) () União Estável () Divorciado (a) () Viúvo (a) () Outro

CPF: _____ RG: _____

Você exerce alguma atividade remunerada? () Sim Qual _____ () Não

Renda mensal individual R\$: _____ Possui comprovante: () Sim () Não

Declara imposto de renda: () Sim () Não

Recebe algum benefício assistencial do Governo Federal? () Sim () Não

Qual? _____ Valor: R\$ _____

Possui renda extra de aluguel de imóvel? () Sim () Não. Valor R\$ _____

Possui automóvel: () Sim () Não Paga financiamento: () Sim () Não Valor R\$ _____

Quais dos itens há em sua casa?

- () Televisão () Geladeira. () Automóvel () Telefone Celular
() Freezer () Computador () Motocicleta () Acesso à Internet
() Bicicleta () TV por assinatura () Máquina de Lavar Roupas/Tanquinho.

Despesas mensais fixas da família (R\$):

Alimentação:	Telefone:
Mensalidades escolares:	Gás:
Transporte (especificar):	Água/luz:
Medicamentos contínuos:	IPTU:
Outros:	

Quantas pessoas moram com você:

Nº	Nome Completo	Parentesco	Idade	Deficiente	Renda
01					
02					
03					
04					
05					
06					

Declaro que as informações acima contidas são verídicas, sendo que, tenho consciência do agravo que possa estar cometendo, caso infrinja os preceitos do Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica) transcrito abaixo: At. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir



**COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MUTUM**

ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser inscrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato jurídico relevante.

Os documentos deverão ser entregues na Farmácia de Minas constada na Praça Dona Maricas nº. 05, Mutum/MG

Mutum, ____ de _____ de 202__.

Assinatura do paciente ou responsável

PARECER SOCIAL:

Conforme Protocolo Complementar de Medicamentos não Padronizados:

- () Comprova-se a impossibilidade financeira no momento de arcar com os custos dos medicamentos.
- () O paciente possui condições socioeconômica para arcar com os custos do medicamento
- () Necessária realização de reunião com a CFT para discussão do caso

Assinatura e carimbo

Mutum, ____ de _____ de 202__.