



ACÇÃO SOLIDÁRIA ADVENTISTA

IGREJA ADVENTISTA DO 7º DIA

DISTRITO DE _____

REGISTRO DE FAMÍLIAS AUXILIADAS

Responsável pela Família

Nome:		CPF/RG:
Idade:	Sexo:	Est. Civil:
Endereço:		
Complemento:		CEP:
Profissão:		Tel.:

Composição Familiar

Componentes	Quantidade	Idade
Crianças / Adolescentes		
Jovens		
Adultos		
Idosos		

Habitação

Tipo de Imóvel		
Próprio ()	Alugado ()	Emprestado ()
Condições do Imóvel		
Regular ()	Bom ()	Ótimo ()

Acesso a Serviços Básicos

Água	Luz	Gás	Telefone
sim() não()	sim() não()	sim() não()	sim() não()
Obs.:			

Situação de Saúde dos Membros

Presença de Enfermos	
sim() não()	Tipo:
Pessoas com Necessidades Especiais	
sim() não()	Tipo:

Renda Familiar

Quantos trabalham		Renda per capita	R\$
-------------------	--	------------------	-----

Bens Gerais

Veículos	Fogão	Geladeira	Tv
sim() não()	sim() não()	sim() não()	sim() não()
Canal Fechado	Computador	Micro-ondas	Máquina de Lavar
sim() não()	sim() não()	sim() não()	sim() não()

Salvador, ____/____/____

Representante Familiar