Projeto Estudante do Bem

1. Dados Cadastrais:

Nome do jovem:

Data de Nascimento:

Nome Responsável:

Endereço:

Número: Complemento:

Cidade: UF:

CEP: -

Tel Residencial: -

Celular: -

Tel Recado: - Falar com:

E-mail:

3. Situação familiar:

Quantas pessoas moram na sua casa?

Quem mora na sua casa? *PAI* *IRMÃO/IRMÃ* *AVÓ* *PRIMO/PRIMA* *MÃE* *AVÔ* *TIO/TIA* *OUTROS*

Quem é o responsável pela família?

O que o responsável faz para ganhar dinheiro?

Quem trabalha na sua casa? *PAI* *IRMÃO/IRMÃ* *AVÓ* *PRIMO/PRIMA* *MÃE* *AVÔ* *TIO/TIA* *OUTROS*

Qual a renda mensal da família?

Qual o grau de escolaridade do responsável pela família?

ANALFABETO/PRIMÁRIO INCOMPLETO *GINASIAL COMPLETO/ COLEGIAL INCOMPLETO* *SUPERIOR COMPLETO*

PRIMÁRIO COMPLETO/GINASIAL INCOMPLETO *COLEGIAL COMPLETO/ SUPERIOR INCOMPLETO* *NÃO SABE/RECUSOU*

Sua casa é: *PRÓPRIA* *ALUGADA* *EMPRESTADA* *OUTROS* *NÃO SABE*

Quantos cômodos há na sua casa? Quantas pessoas dormem na sua cama?

Participa de algum programa assistencial do governo? *SIM* *NÃO*

Qual?

4. Bens de consumo:

TELEVISÃO:	1	2	3	4	+	DVD:	1	2	3	4	+
BANHEIRO EM CASA:	1	2	3	4	+	GELADEIRA COM FREEZER:	1	2	3	4	+
TANQUINHO DE ROUPA:	1	2	3	4	+	DOMÉSTICA/FAXINEIRA:	1	2	3	4	+
MÁQUINA DE LAVAR:	1	2	3	4	+	MOTO PRÓPRIA:	1	2	3	4	+
CARRO PRÓPRIO:	1	2	3	4	+	MODELO/ANO: _____					

MODELO/ANO: _____

5. Percepção respondente sobre a condição de saúde bucal:

Você acha que tem cáries nos dentes? *SIM* *NÃO*

Você sente vergonha dos seus dentes? *SIM* *NÃO*

Você sente dor? *NUNCA* *QUASE NUNCA* *ALGUMAS VEZES* *OCASIONALMENTE* *SEMPRE*

Você já foi alguma vez ao dentista? *SIM* *NÃO*

Se sim: *POSTO DE SAÚDE* *CLINICA PARTICULAR* *CONVÊNIO ODONTOLÓGICO*

Possui convênio médico? *SIM* *NÃO*

Possui convênio odontológico? *SIM* *NÃO*

Como você poderia rir mais?

_____

_____

_____

Turma do Bem – Estudante do Bem
estudantedobem@tdb.org.br
+55 11 5084-7276
Rua Sousa Ramos, 311. Vila Mariana. S. Paulo