

OC – _____

**LEVANTAMENTO SOCIAL E ESTATÍSTICO DE
IMÓVEIS RELIGIOSOS, ALUGADOS, EMPRESTADOS E LOTE/CASA VAZIA**

PREENCHER PARA AMBOS OS CASOS		
Situação do Imóvel:	<input type="checkbox"/> Alugado/Emprestado	<input type="checkbox"/> Religioso/Institucional
	<input type="checkbox"/> Lote/Casa Vazia/Abandonado	<input type="checkbox"/> Prop. Não Encontrado (5 visitas)
Dados do proprietário		
Nome:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
CPF:	Telefone:	
RG:	Órgão Emissor/UF:	Data de Emissão: ____ / ____ / ____
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Naturalidade:	
Estado Civil:		
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União Estável		
Grau de escolaridade:		
<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental Completo		
<input type="checkbox"/> Ens. Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ens. Médio Completo <input type="checkbox"/> Ens. Superior Incompleto		
<input type="checkbox"/> Ens. Superior		
Renda do Proprietário:		

PREENCHER SOMENTE EM CASO DE ALUGADO/EMPRESTADO OU LOTE/CASA VAZIA/ABANDONADO OU PROP. NÃO ENCONTRADO (5 VISITAS)
Endereço da casa alugada / lote vago
Rua: _____ Qd: _____ Lt: _____ Bairro: _____

PREENCHER SOMENTE EM CASO DE IMÓVEL RELIGIOSO/INSTITUCIONAL

Dados do Estabelecimento

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: () Não () Sim Número CNPJ: _____

Logradouro: _____ Número: _____

Quadra: _____ Lote: _____ Complemento: _____ CEP: _____ Bairro: _____

Telefone fixo: _____ Telefone celular: _____

E-mail: _____

Área ocupada: _____ m²

Data de instalação do estabelecimento: ____ / ____ / ____

Horário de funcionamento do estabelecimento: de _____ horas às _____ horas

Número de dias de funcionamento na semana: () Cinco dias () Seis dias () Sete dias

Condição do estabelecimento: () Misto (residencial e comercial)
() Exclusivo (somente comercial)

Tipo de estabelecimento:

<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Prestação de Serviços	<input type="checkbox"/> Religioso
Principais Produtos: <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Vestuário <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Produtos Agrícolas e Veterinários <input type="checkbox"/> Outros: _____	Principais Produtos: <input type="checkbox"/> Alimentícios <input type="checkbox"/> Têxteis <input type="checkbox"/> Mobiliários <input type="checkbox"/> Metalúrgicos <input type="checkbox"/> Outros: _____	Principais Serviços: <input type="checkbox"/> Médicos e de Saúde <input type="checkbox"/> Beleza e Estética <input type="checkbox"/> Financeiro <input type="checkbox"/> Assistência Técnica <input type="checkbox"/> Outros: _____	

Origem dos moradores atendidos: () Do próprio setor () Setores vizinhos () Outros setores

Fluxo de atendimento mensal:

Pessoal Ocupado: Origem do quadro de funcionários (averiguar se está gerando renda no próprio bairro)

Cargo e/ou Função	Grau de Parentesco	Renda - R\$	Idade	Carteira Assinada	Escolaridade
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

				() Sim () Não	
				() Sim () Não	

Observações:

_____, de _____ de _____.

Assinatura do Titular:
Assinatura do Cônjuge:

Assinatura do Cadastrador:

Data Visita 1: ____/____/____. Assinatura da Testemunha 1: _____

Endereço da Testemunha 1: _____

Data Visita 2: ____/____/____. Assinatura da Testemunha 2: _____

Endereço da Testemunha 2: _____

Data Visita 3: ____/____/____. Assinatura da Testemunha 3: _____

Endereço da Testemunha 3: _____

Data Visita 4: ____/____/____. Assinatura da Testemunha 4: _____

Endereço da Testemunha 4: _____

Data Visita 5: ____/____/____. Assinatura da Testemunha 5: _____

Endereço da Testemunha 5: _____