

PREFEITURA MUNICIPAL DE XXXXXXXX

Melhorias Habitacionais para o Controle da Doença de Chagas

LISTA DE BENEFICIÁRIOS

Localidade: _____

Data: _____

Nº ORDEM	NOME/ENDEREÇO	COORDENADAS		Nº DE HABITANTES	PESSOA C/ DEFICIÊNCIA?	RESTAURAÇÃO	MÓDULO SANITÁRIO	CISTERNA	RECONSTRUÇÃO	Nº DE QUARTOS
		UTM Plana/datum Sirgas 2000								
		LATITUDE	LONGITUDE							
1	Antônio Alves Marques Rua das Flores, nº 01	09.069796	42.977306	1		X	X	X		
2	Maria Abadia de Sousa Rua das Flores, nº 02	09.067953	42.978422	3					X	2
3	Selma Mendes da Costa Rua das Flores, nº 03	09.066876	42.978662	5	X	X	X			
4	Divina Eurípedes Bessa Rua das Flores, nº 04	09.066741	42.978699	2		X				
5	Bráulio Neves de Araújo Rua das Flores, nº 05	09.067579	42.978421	5					X	3
6	João Batista de Oliveira Rua das Flores, nº 06	09.066284	42.978757	4		X				
7	Ivanil Abreu de Oliveira Rua das Flores, nº 07	09.066218	42.978773	1	X				X	2
8	Raimundo Nonato da Silva Rua Bela Vista, nº 08	09.066063	42.978840	3		X				
9	Carlos Alberto de Jesus Rua da Paz, nº 09	09.065503	42.979084	4		X	X			
10	José Meneses de Carvalho Rua da Paz, nº 10	09.065125	42.979383	6		X	X			

Nome do responsável: _____

Assinatura: _____