



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

O 03 à 06 meses

O 2 à 5 anos

O Não especificado

Forma de acesso ao serviço:

O CRAS O CREAS O SEAS O CAPE O Procura voluntária O Outros serviços da rede

Frequenta/frequentou outros serviços: O Não O Sim

O Centros de Acolhida O Espaços de Convivência O Núcleo de Serviços

O Outros Especifique: _____

Participa de Oficinas em outros serviços? O Não O Sim

Qual e onde _____

Egresso do sistema penitenciário? O Não O Sim

Problemas de saúde? O Não O Sim Quais? _____

Uso de medicamentos? O Não O Sim Quais? _____

AMA/UBS/Outros/ de acompanhamento: _____

Faz uso de drogas? O Não O Sim Quais? _____

Fez/Faz tratamento? O Não Porque? _____

O Sim Onde? _____

Quais as expectativas/o que espera deste serviço? _____
