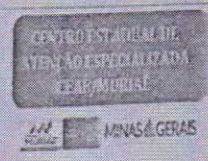


CONSTRUINDO O FUTURO

**CEAE**

**CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

**LEVANTAMENTO SOCIAL**



DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

NOME: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

**COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

NOME	IDADE	PARENTESCO	OCUPAÇÃO	RENDA

TIPO DE RESIDÊNCIA: ( ) Própria ( ) Cedida/Emprestada ( ) Alugada/ Valor: \_\_\_\_\_

DEPENDENTE QUÍMICO (ÁLCOOL/DROGAS/FUMO): ( ) Não ( ) Sim Quem: \_\_\_\_\_

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: ( ) Não ( ) Sim Qual: \_\_\_\_\_

CRIANÇA ACOMPANHADA PELO CT: ( ) Não ( ) Sim/ Motivo: \_\_\_\_\_

