

CENSO SUAS 2023

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Centro de Convivência

**Unidades que executam Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos,
exceto CRAS**

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

[http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas.](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas)

Considera-se que SCFV seja uma atividade que pode ser ofertada no CRAS. Caso seja oferta direta do CRAS, não é necessário o preenchimento do questionário de Centro de Convivência.

O questionário pode ser preenchido diretamente no sistema eletrônico, ou ainda pode ser preenchido primeiramente no papel, assinado pelo agente público responsável e armazenado. É recomendável que todas as informações necessárias estejam em mãos durante acesso ao sistema.

Senha de Acesso/Perfil para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2023 os responsáveis necessitarão utilizar **o login e a senha do gov.br** (<https://sso.acesso.gov.br/login>) e perfil de acesso adequado junto ao Sistema de Autenticação e Autorização (SAA).

- ❖ Verifique o documento “Orientações sobre senhas/perfis” em Orientações Adicionais na página inicial do Censo SUAS

Em caso de dúvidas, encaminhe-as em ordem de preferência:

- ✓ Chat: <https://falemds.centralit.com.br/atendimento/chatmds/index.html>
- ✓ Email: vigilanciasocial@mds.gov.br
- ✓ Formulário Eletrônico de E-mail: <https://falemds.centralit.com.br/formulario/>
- ✓ Pelo telefone: 121
- ✓ Ou ainda pelos telefones 61 2030-3300 e 3376

As informações declaradas pelo agente público neste questionário possuem Fé Pública e constituem registros administrativos do Sistema Único de Assistência Social. O fornecimento de informações inverídicas sujeita o agente responsável a sanções administrativas, civis e penais.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE (caso necessário, atualize no CADSUAS)

Nome que identifica a unidade: _____

Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc): _____

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Município: (Seleção) _____

UF: (Seleção) _____

E-mail: _____

DDD – Telefone: |__| - |__| |__| |__| |__| |__| Ramal: |__| |__| |__|

Data de Implantação da unidade: |__|_|/|__|_|/|__|_|_|.

Ao responder este questionário leve em consideração o período de tempo expresso na questão. Quando não houver data expressa, responda conforme a realidade no momento de preenchimento.

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (Marcação automática do sistema)** Estadual Municipal**2. Localização: (Resposta única)**

- Urbano, na área central do município
 Urbano, mas fora da área central do município
 Rural

3. Natureza da unidade: (Caso necessário, atualize no CADSUAS) Governamental (pule para a questão 5) Organização da Sociedade Civil**4. Em caso de Entidade ou Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)**

|__|.|__|.|__|.|__| |__| |__| |__| |__|

5. Informe o horário de funcionamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos na unidade: dias por semana |__|_| horas por dia**6. O Serviço funciona regularmente nos finais de semana?** Sim, no mesmo horário dos dias de semana. Sim, em horário reduzido. Não.**7. Situação do imóvel onde se localiza a sede do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos : (Resposta única)** Próprio Alugado Cedido

8. Indique os públicos (faixas etárias) atendidos por esta Unidade: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)

Serviço executado diretamente pela unidade	Oferta o Serviço
Crianças (0 a 6 anos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Crianças e adolescentes (7 a 14 anos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adolescentes e Jovens (15 a 17 anos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Jovens (18 a 29 anos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adultas(os) (30 a 59 anos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idosas(os) (60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

9. O imóvel no qual funciona esta Unidade/Serviço é compartilhado?

Compartilhamento consiste na utilização do mesmo espaço físico/imóvel pelo Centro de Convivência e outra unidade/serviço/instituição, seja de gestão de políticas ou de prestação de serviço, de modo que ambos utilizem o mesmo endereço.

Sim Não (**pule para a questão 11**)

**10. Especifique o tipo de unidade com a qual este Centro de Convivência compartilha seu imóvel:
(Admite múltiplas respostas)**

- Secretaria da Assistência Social ou congênere
- Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura, etc.)
- Conselho Municipal de Assistência Social
- Conselho Tutelar
- CRAS (*Atenção! Se o Serviço de Convivência – SCFV é oferecido no CRAS, ele já é capturado no questionário do próprio CRAS. Você não deve preencher este questionário de Centro de Convivência*)
- CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- Unidades de Acolhimento
- Centro-dia e similares
- Centro POP - Centro de Referência Especializado à População em Situação de Rua
- Unidades que executam Serviço Especializado em Abordagem Social
- Posto de Cadastramento/Cadastro Único/Programa Auxílio Brasil
- Instituições de Ensino (Escola, Centro de Educação Infantil, creches, entre outras)
- Unidade de Saúde
- Instituições religiosas (Igreja, Templo, Centro Espírita, entre outros)
- Associação Comunitária
- Instituições esportivas/desportivas (Clubes, Associações Atléticas, entre outros)
- Organização da Sociedade Civil (OSC)/Organização sem fins lucrativos (ONG)
- Outros. Qual? _____

11. No local de funcionamento desta Unidade/Serviço, são prestados serviços/atividades de outras políticas públicas (saúde, educação, esporte, entre outros)? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não”)

- Não
- Sim, educação (escola, creche, reforço escolar, alfabetização de adultos, entre outros)
- Sim, saúde (posto de saúde, terapia ocupacional, clínica psicológica, entre outros)
- Sim, esporte (políticas específicas do esporte como “Segundo Tempo”, ou atividades físicas como futebol, hidroginástica, entre outros)
- Sim, cultura (políticas específicas de cultura como “Ponto de Cultura”, entre outras)
- Sim, habitação
- Sim, trabalho e inclusão produtiva (cursos profissionalizantes, qualificação profissional, “Jovem Aprendiz”)
- Sim, inclusão digital
- Sim, segurança alimentar e nutricional (restaurantes comunitários, bancos de alimentos, entre outros)
- Sim, justiça (orientação jurídica, entre outros)
- Sim, outra. Qual? _____

12. Quais outros espaços físicos, fora da unidade de oferta do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos , são utilizados com regularidade para a sua execução? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar “Uso apenas da sede”)

- Uso apenas da sede
- Em outras unidades/equipamentos públicos da Assistência Social
- Em Organizações da Sociedade Civil parceiras da Assistência Social
- Em espaços cedidos por organizações comunitárias locais não conveniadas com a Assistência Social (Igrejas, Associação de Moradores, Organizações da Sociedade Civil não conveniadas etc)
- Em unidades/equipamentos públicos da Educação
- Em unidades/equipamentos públicos do Esporte (ginásios ou quadras esportivas, campos de futebol, entre outros)
- Em unidades/equipamentos da Cultura (museus, bibliotecas, centros culturais, entre outros)
- Em unidades/equipamentos públicos da Saúde
- Em unidades/equipamentos públicos de outras políticas públicas
- Em espaços públicos como em praças, parques, beira de rio, praia, terreno da comunidade, etc
- Outro. Qual? _____

13. Esta Unidade inclui orientação religiosa nas atividades desenvolvidas pelo Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

Unidades que possuem orientação religiosa são aquelas que possuem uma profissão de fé, isto é, instituições que declaram publicamente que possuem uma crença e dogma religioso. Ela é reconhecida socialmente pela religião/filosofia que adota, que pode ser dado por meio de valores transmitidos, ritos e liturgias, orações, músicas, ou qualquer outro tipo de manifestação religiosa.

- Sim
- Não

14. Informe a quantidade de salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração: (não são salas de atendimento!)

- _____ quantidade de salas exclusivas

15. Informe a quantidade de salas para o atendimento dos grupos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos:

- _____ quantidade de salas para o atendimento

BLOCO 3 – SERVIÇO E ATIVIDADES

16. Indique quais atividades abaixo são promovidas sistematicamente pela Unidade em relação ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não realiza nenhuma das atividades acima”)

- Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família das(os) usuárias(os)
- Encontros com as famílias das(os) usuárias(os)
- Palestras
- Atividades lúdicas
- Discussão de casos com outras(os) profissionais da rede socioassistencial
- Atividades com participação da comunidade
- Atividades intersetoriais
- Planejamento de atividades
- Registro e monitoramento das informações do SCFV
- Outras. Quais? _____
- Não realiza nenhuma das atividades acima

17. Esta unidade está referenciada a um Centro de Referência de Assistência Social?

Consideram-se referenciadas ao CRAS as demais unidades públicas, assim como Organizações da Sociedade Civil que ofertem serviços de Proteção Social Básica no território de abrangência do CRAS e mantenham com este alguma forma de pactuação de fluxo para atendimento dos usuárias/os encaminhados pelos CRAS.

- Sim.
- Não (**pule para a questão 20**)

18. Com que frequência, em média, a(o) técnica(o) de referência do CRAS realiza visitas a este Centro de Convivência? (Resposta única)

- Mais de uma vez por semana
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Bimestralmente ou mais
- Sem frequência específica
- O(a) técnico(a) de referência não realiza visitas a este Centro de Convivência

19. Quais atividades as(os) técnicas(os) de referência do CRAS utilizam para acompanhar este Centro de Convivência? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não acompanham”)

- Participa no planejamento das atividades que serão desenvolvidas
- Participa de reuniões periódicas com a equipe de referência desta unidade
- Supervisiona as(os) orientadoras(es) sociais
- Capacita as(os) orientadoras(es) sociais
- Acompanha periodicamente os grupos
- Verifica a inclusão e acompanha a trajetória de usuárias(os) encaminhadas(os) pelo CRAS
- Acompanha as(os) usuárias(os) encaminhados do SCFV para o CRAS
- Avalia e monitora as atividades realizadas
- Discute casos em conjunto com a equipe do SCFV
- Registra e monitora as informações do SCFV por meio do SISC
- Outras. Quais? _____
- Não acompanham

20. Em relação às vagas do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos desta unidade, informe-se: (resposta única)

- Todas as vagas são preenchidas exclusivamente por usuárias(os) encaminhados pelos CRAS de referência
- A maioria das vagas é preenchida por usuárias(os) encaminhados pelos CRAS de referência
- A minoria das vagas é preenchida por usuárias(os) encaminhados pelos CRAS de referência
- As vagas são preenchidas de forma independente. Os encaminhamentos dos CRAS de referência não são um critério de priorização

21. Em geral, como é identificada a situação prioritária de usuárias(os) do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não são identificadas as situações prioritárias de usuárias(os) deste Centro de Convivência”)

- Por meio de diagnóstico da equipe técnica do CRAS
- Por meio de diagnóstico da equipe técnica do CREAS
- Por meio de diagnóstico da equipe técnica do SCFV deste Centro de Convivência
- Por meio de diagnóstico da equipe do órgão gestor de Assistência Social
- Por meio de diagnóstico de profissionais do Sistema de Garantia de Direitos (Conselho Tutelar, entre outros)
- Outros. Qual? _____
- Não são identificadas as situações prioritárias de usuárias(os) deste Centro de Convivência

22. São desenvolvidas atividades socioassistenciais com familiares/responsáveis de participantes dos grupos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não”)

- Sim, por esta unidade
- Sim, pela equipe do CRAS de referência
- Sim, pela equipe do órgão gestor da Assistência Social
- Sim, por outra equipe. Qual? _____
- Não

23. Qual a capacidade máxima para o atendimento (número de vagas no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos) desta unidade? (Mês de referência: Agosto/2023 – Não é possível marcar “0” nesta questão)

Registre o número total de vagas que esta Unidade tem para ofertar o SCFV. Some as vagas ocupadas e as vagas disponíveis para inclusão de novas(os) usuárias(os). [Vagas ocupadas+Vagas disponíveis não ocupadas]

_____ vagas

24. Por quanto tempo, em média, as(os) usuárias(os) participam do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (resposta única)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> de 25 meses a 36 meses (de 2 a 3 anos) |
| <input type="checkbox"/> de 6 a 11 meses (de 6 meses a 1 ano) | <input type="checkbox"/> de 36 a 60 meses (de 3 a 5 anos) |
| <input type="checkbox"/> de 12 a 18 meses (de 1 ano a 1 ano e meio) | <input type="checkbox"/> Mais de 60 meses (mais de 5 anos) |
| <input type="checkbox"/> de 19 a 24 meses (de 1 ano e meio a 2 anos) | |

25. Em média, quantos dias as(os) usuárias(os) da unidade frequentam o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (resposta única)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> um dia a cada mês | <input type="checkbox"/> dois a três dias por semana |
| <input type="checkbox"/> um dia por quinzena | <input type="checkbox"/> quatro a cinco dias por semana |
| <input type="checkbox"/> um dia por semana | <input type="checkbox"/> mais de cinco dias por semana |

26. Em média, quantas horas, por dia, as(os) usuárias(os) permanecem na unidade (nos dias em que estas(es) utilizam o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos)? (resposta única)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> menos de uma hora | <input type="checkbox"/> quatro a seis horas |
| <input type="checkbox"/> uma a duas horas | <input type="checkbox"/> mais de 6 horas |
| <input type="checkbox"/> duas a três horas | |

27. Indique as atividades normalmente realizadas com as(os) usuárias(os) do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: (Admite múltiplas respostas)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atividades esportivas | |
| <input type="checkbox"/> Atividades musicais (cantar, tocar instrumentos etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Atividades de arte e cultura (pintura, circo, dança, teatro, trabalhos em papel etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Atividades de inclusão digital | |
| <input type="checkbox"/> Atividades de linguagem (produção de texto, contação de histórias, roda de conversa etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Atividades que envolvem manipulação de alimentos (culinária, hortas etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Atividades recreativas (jogos, brincadeiras, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Reforço escolar | |
| <input type="checkbox"/> Atividades de orientação para o mundo do trabalho | |
| <input type="checkbox"/> Atividades de cuidado de vida diária (higiene, cuidados pessoais etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____ | |

28. Há oferta de lanche/refeição aos usuários do SCFV na unidade?

- Sim Não (**pule para a questão 31**)

29. Informe o tipo de refeição ofertada na unidade: (Admite múltiplas respostas)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> café da manhã | |
| <input type="checkbox"/> lanche da manhã | |
| <input type="checkbox"/> almoço | |
| <input type="checkbox"/> lanche da tarde | |
| <input type="checkbox"/> jantar | |
| <input type="checkbox"/> ceia | |

30. Informe onde é preparado e o tipo de alimento ofertado na unidade aos usuários do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Preparado na unidade com alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, carnes, leite, ovos) | |
| <input type="checkbox"/> Preparado na unidade com alimentos ultraprocessados (refrigerantes, sucos de caixa, margarina, biscoitos rechados, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, salsicha) | |
| <input type="checkbox"/> Preparado na unidade com alimentos in natura e alimentos ultraprocessados | |
| <input type="checkbox"/> Adquirido de terceiros com alimentos in natura | |
| <input type="checkbox"/> Adquirido de terceiros com alimentos ultraprocessados | |
| <input type="checkbox"/> Adquirido de terceiros com alimentos in natura e alimentos ultraprocessados | |

31. Indique os temas normalmente discutidos com as(os) usuárias(os) do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: (*Admite múltiplas respostas*)

- Saúde, meio ambiente, cultura, esporte etc
- Direitos e programas sociais
- Segurança alimentar e nutricional
- Igualdade entre homens e mulheres
- Orientação sexual e de identidade de gênero
- Identidade e relações étnico-raciais
- Prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas
- Prevenção à violência
- Parentalidade (ações de cuidado dos responsáveis para com as crianças e adolescentes)
- Deficiência e acessibilidade
- Mundo do trabalho
- Orientações sobre higiene e cuidados pessoais
- Outros. Qual? _____.

BLOCO 4 – GESTÃO

32. A Organização da Sociedade Civil possui Termo de Parceria ou outra forma de contratualização com o poder público municipal para repasse de recursos financeiros, visando à manutenção do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

- Sim
- Não

33. Quais são as formas de financiamento da Organização da Sociedade Civil? (*Admite múltiplas respostas*)

- Recursos públicos municipais (parcerias, isenções fiscais, emendas parlamentares)
- Recursos públicos estaduais (parcerias, isenções fiscais, emendas parlamentares)
- Recursos públicos federais (parcerias, isenções fiscais, emendas parlamentares)
- Doações (pessoas físicas e jurídicas)
- Mantenedoras e organizações de fomento
- Receitas da comercialização de produtos e serviços
- Receitas de eventos, bazares, etc.
- Renda patrimonial (aluguéis, investimentos financeiros, poupança)
- Outras fontes. Quais? _____.

34. Quais formas de participação são utilizados nesta unidade? (*Admite múltiplas respostas*)

- As(os) usuárias(os) e/ou familiares participam das reuniões de planejamento desta unidade
- As(os) usuárias(os) contam com representante que participa do planejamento desta unidade
- As(os) usuárias(os) escolhem os temas a serem trabalhados nas atividades coletivas (oficinas/palestras) da unidade
- A equipe técnica disponibiliza outros meios para planejamento e avaliação da oferta (questionário de satisfação, pesquisa de opinião, urna de sugestões, grupos de aplicativos de mensagem, redes sociais)
- Outros. Qual? _____.
- Não há formas de participar

BLOCO 5 – GESTÃO DO TRABALHO

35. O(a) coordenador(a) desta Unidade: (*resposta única*)

- Exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
- Acumula as funções de coordenador(a) e de orientador/educador social do SCFV nesta Unidade
- Acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade nesta Unidade que não é relacionada ao SCFV
- Não há coordenador(a) nesta Unidade

(caso marque que há coordenador nesta questão, será necessário informar quem é o coordenador na questão seguinte).

Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, email, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária de cada membro da equipe deste Centro de Convivência: **(Caso necessário, atualize no CADSUAS)**

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
				Número	Órgão Emissor	UF							
1)		F M											
2)		F M											
3)		F M											
4)		F M											
5)		F M											
6)		F M											
7)		F M											
8)		F M											
9)		F M											
10)		F M											
11)		F M											
12)		F M											
13)		F M											
14)		F M											

* O número de CPF é obrigatório.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Centro de Convivência	Carga Horária
0 – Sem Escolaridade 1 – Ensino Fundamental Incompleto 2 – Ensino Fundamental Completo 3 – Ensino Médio Incompleto 4 – Ensino Médio Completo 5 – Ensino Superior Incompleto 6 – Ensino Superior Completo 7 – Especialização 8 – Mestrado 9 – Doutorado	1 – Assistente Social 2 – Psicóloga(o) 3 – Pedagoga(o) 4 – Advogada(o) 5 – Administrador(a) 6 – Antropóloga(o) 7 – Socióloga(o) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista política(o) 10 – Nutricionista 11 – Médica(o) 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 14 – Economista 15 – Economista Doméstica(o) 16 – Enfermeira(o) 17 – Analista de sistema 18 – Programador(a) 19 – Outra(o) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional	1. Comissionado 2. Servidor/Estatutário 3. Servidor Temporário 4. Empregado Público Celetista - CLT 5. Empregado Celetista do Setor Privado 6. Terceirizado 7. Outro vínculo não permanente 8. Voluntário	1. Coordenador(a) 2. Educador(a) Social 3. Apoio administrativo 4. Estagiário(a) 5. Serviços Gerais 6. Técnico(a) de Nível Superior 7. Outros	1. Até 10 horas semanais 2. De 11 a 20 horas semanais 3. De 21 a 30 horas semanais 4. De 31 a 40 horas semanais 5. De 41 a 44 horas semanais 6. Mais de 44 horas semanais

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à *Escolaridade*, *Profissão*, ao *Tipo de Vínculo*, à *Função* de cada pessoa e a *carga horária*.

BLOCO 6 – RESPONSÁVEL

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela unidade:

Nome: _____

CPF: _____ **Data de preenchimento:** ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

Coordenador(a) da unidade Técnica(o) de nível superior da unidade Outro

Telefone: (____) _____ **E-mail:** _____

Assinatura: _____

Identificação da(o) agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:

Nome: _____

CPF: _____ **Data de Validação:** ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

Secretaria(o) Municipal de Assistência Social ou congêneres
 Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção básica no município.
 Técnica(o) da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres
 Outros

Telefone: (____) _____ **E-mail:** _____

Assinatura: _____

Este formulário original, após a digitação dos dados, deve permanecer arquivado na Secretaria Municipal de Assistência Social (ou congêneres)