

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.



CENSO SUAS 2018

Questionário CRAS

Centro de Referência de Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico dos CRAS deverá ser preenchido pelos municípios no período de **10 de setembro a 09 de novembro**.

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. Dessa maneira, assegura-se que no momento de inserir os dados no sistema eletrônico todas as informações necessárias já tenham sido coletadas e validadas pelos responsáveis. Caso o estado tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento deverá entrar em contato com o MDS pelo Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>, pelo 0800 707 2003, ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município. Para envio das informações ao MDS, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>. O MDS recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico.

Senha de Acesso para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2018 as (os) responsáveis necessitarão utilizar o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, devendo possuir o perfil de acesso ao CADSUAS (cadsuas.município). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionados, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003 ou pelo chat do MDS: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/chat-bate-papo-com-gestor/>

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO CRAS

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS

Nome que identifica o CRAS: _____

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

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: (Caixa com campo texto): _____

CEP: _____

Município: (Seleção) _____

UF: (Seleção) _____

E-mail: _____

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

Fax: | | | | | | | | |

Data de Implantação do CRAS: | | | / | | | / | | | | | |.

1. Localização:

- ☐ Urbano Central
☐ Urbano Periférico
☐ rural

2. Este CRAS é uma unidade com capacidade de referenciamento para até: **(Resposta única)**

- ☐ 2.500 famílias referenciadas ☐ 3.500 famílias referenciadas ☐ 5.000 famílias referenciadas

3. Horário de funcionamento: | | | dias por semana | | | horas por dia

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DO CRAS

4. O imóvel de funcionamento deste CRAS é compartilhado?

*“Entende-se por compartilhamento de espaço os CRAS que: não garantem a exclusividade dos ambientes destinados à oferta do PAIF; não cumprem a premissa de oferta estatal do PAIF, com caráter público; permitem confundir sua identidade institucional com outras ofertas estatais e não estatais”. Contudo, ressaltamos que o **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos** (desde que, por oferta direta pelo CRAS), **Cadastro Único**, **Bolsa Família**, **Criança Feliz**, **Concessão de Benefícios Eventuais** e **AceSUAS Trabalho**, **NÃO SÃO** considerados compartilhamento, pois constituem serviços ou programas que podem ser desenvolvidos no CRAS.”*

- ☐ sim ☐ não **(pule para a questão 7)**

5. Especifique o tipo de unidade com a qual este CRAS compartilha seu imóvel. **(Admite múltiplas respostas)**

- ☐ Secretaria da Assistência Social ou congênere
☐ Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Subprefeitura etc.)
☐ Conselho Municipal de Assistência Social
☐ Conselho Tutelar
☐ CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
☐ Outra unidade pública de serviços da Assistência Social
☐ Unidade de Saúde
☐ Escola
☐ Associação Comunitária
☐ Entidades ou Organização da Sociedade Civil
☐ Praça do CEU (esporte e/ou cultura)
☐ Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA
☐ Outros. Qual? _____

6. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre o CRAS e a outra Unidade. (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

☐ Apenas o endereço é o mesmo, mas todos os espaços do CRAS são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada **(Siga para a questão 7).**

- ☐ Entrada / Porta de acesso
☐ Recepção
☐ Cozinha
☐ Algumas salas de atendimento particularizado
☐ Todas as salas de atendimento particularizado
☐ Algumas salas de atendimento coletivo
☐ Todas as salas de atendimento coletivo
☐ Salas administrativas
☐ Banheiros
☐ Área externa
☐ Almojarifado ou similar

7. Descreva o espaço físico deste CRAS: (Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço)

Salas utilizadas para atendimento individual ou coletivo	Quantidade de salas	
Quantidade de Salas com capacidade máxima para 5 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 15 a 29 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)	<input type="text"/>	
Quantidade total de Banheiros	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Demais ambientes	Possui?	
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cozinha/Copa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Almojarifado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Espaço externo no CRAS para atividades de convívio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

8. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que este CRAS possui: (Resposta única por linha).

Condições de acessibilidade apresentadas	SIM De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	SIM Mas não estão de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção do CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos espaços do CRAS (recepção, salas de atendimento e espaços de uso coletivo);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível ao banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta unidade? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção: "Não há outras adaptações")

- ☐ Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS
☐ Sim, suporte de material em braile
☐ Sim, suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual
☐ Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência física. Qual? _____
☐ Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência intelectual e autismo. Qual? _____
☐ Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados pessoa com deficiência visual
☐ Não há outras adaptações

10. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos serviços deste CRAS: (Admite múltiplas respostas).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Telefone | <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo |
| <input type="checkbox"/> Celular da unidade | <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado |
| <input type="checkbox"/> Impressora | <input type="checkbox"/> Embarcação |
| <input type="checkbox"/> Máquina Copiadora | <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico |
| <input type="checkbox"/> Televisão (TV) | <input type="checkbox"/> Brinquedoteca |
| <input type="checkbox"/> Equipamento de som | <input type="checkbox"/> Brinquedos |
| <input type="checkbox"/> DVD | <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos, culturais e esportivos |
| <input type="checkbox"/> Datashow | |

11. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente neste CRAS:

11.1 Quantidade total de computadores na Unidade	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11.2 Destes, quantos estão conectados à internet	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

BLOCO 3 – SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA (PAIF)

12. Indique as ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF): (Admite múltiplas respostas).

- ☐ Acolhida em Grupo realizada por profissional de nível superior
- ☐ Acolhida Particularizada realizada por técnica(o) de nível superior
- ☐ Acompanhamento de famílias
- ☐ Elaboração do Plano de Acompanhamento Familiar
- ☐ Atendimento particularizado de famílias ou indivíduos
- ☐ Registro do acompanhamento familiar em prontuário
- ☐ Grupo/oficina com famílias
- ☐ Visitas Domiciliares
- ☐ Palestras
- ☐ Campanhas ou eventos comunitários
- ☐ Apoio para obtenção de Documentação pessoal
- ☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial
- ☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas (educação, habitação, trabalho etc.)
- ☐ Encaminhamento para obtenção de Benefícios Eventuais
- ☐ Encaminhamento para inserção/atualização de famílias no Cadastro Único
- ☐ Acompanhamento dos encaminhamentos realizados

Atenção!

A questão 13 corresponde ao Bloco I do Registro Mensal de Atendimento do CRAS (instituído pela Resolução CIT nº 04/2011, alterada pela Resolução CIT nº 02/2017). **Caso a Unidade já tenha preenchido o Registro correspondente ao mês de agosto/2018, as informações serão automaticamente migradas para o questionário do Censo SUAS. Caso o mês de agosto ainda não tenha sido preenchido, o digitador será redirecionado para o sistema de preenchimento do Registro e deverá efetuar o preenchimento integral do Registro Mensal de Atendimento do CRAS, incluindo questões não pesquisadas no Censo SUAS.**

13. Informe o volume mensal das seguintes ações realizadas no CRAS pelo PAIF (mês de referência: agosto de 2018)

Famílias em acompanhamento pelo PAIF	
Volume de Famílias em acompanhamento pelo PAIF	Quantidade no mês de agosto/2018
A.1 Total de famílias em acompanhamento pelo PAIF em agosto 2018	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> famílias
A.2 Quantidade de novas famílias inseridas em acompanhamento no PAIF durante o mês de agosto de 2018	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> famílias

14. Informe o volume mensal de atendimentos coletivos (oficinas com famílias, acompanhamento em grupo, ações comunitárias) realizados pelo PAIF durante o mês de referência e o perfil dos atendidos: (mês de referência: agosto de 2018)

☐ Não sabe informar

	Total	Sexo	0 a 18 anos	19 a 59 anos	60 anos ou mais
Quantidade de indivíduos que participaram regularmente dos atendimentos coletivos realizados pelo PAIF	_ _ _ _	Masculino	_ _ _	_ _ _	_ _ _
		Feminino	_ _ _	_ _ _	_ _ _

15. Em 2018, quais as cinco principais temáticas abordadas nos atendimentos coletivos realizados pelo PAIF: (Admite até CINCO respostas, exceto se marcar a primeira opção)

- ☐ Não há grupos do PAIF (siga para a questão 16)
- ☐ Direito à transferência de renda e benefícios assistenciais
- ☐ Direito a Documentação Civil Básica (certidão de nascimento, CPF, RG, título eleitoral)
- ☐ Direito a cultura e lazer
- ☐ Direito das Mulheres
- ☐ Direitos das pessoas com deficiência
- ☐ Direito à Alimentação
- ☐ Os direitos das famílias
- ☐ As especificidades do ciclo vital dos membros das famílias
- ☐ Cuidar de quem cuida
- ☐ O uso de álcool e/ou outras drogas na família
- ☐ Problemas e soluções do território
- ☐ Diversidade cultural, étnica e social
- ☐ Outro. Qual? _____

BLOCO 4 – SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

16. Este CRAS executa diretamente o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (Mês de referência: agosto/2018)

Atenção! Nesta questão, devem ser contabilizados, exclusivamente, os atendimentos coletivos realizados no espaço do próprio CRAS, ou ainda, os atendimentos realizados em outros espaços alternativos, desde que executados diretamente pela equipe de referência do CRAS. Nesta questão, não devem ser contabilizados os atendimentos realizados por outras unidades de rede referenciada ao CRAS.

☐ Sim ☐ Não (pule para a questão 18)

17. Esta unidade oferta diretamente o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para os seguintes públicos? (Mês de referência: agosto/2018)

Serviços executados diretamente pelo CRAS	Oferta o Serviço
Crianças de 0 a 6 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Jovens de 18 a 29 anos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idosas(os) (60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

18. Este CRAS possui rede referenciada para oferta do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

Atenção! Considera-se rede referenciada ao CRAS as demais unidades públicas, assim como entidades privadas que ofertem serviços de Proteção Social Básica no território de abrangência deste CRAS e mantenham com este alguma forma de pactuação de fluxo para atendimento dos usuáries/os encaminhados pelos CRAS.

- ☐ Sim, realizado por outra unidade pública
- ☐ Sim, realizado por entidade conveniada
- ☐ Sim, realizado por entidade não conveniada

☐ Não *(pule para a questão 22)*

19. A rede referenciada a este CRAS oferta Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para os seguintes públicos? *(Mês de referência: agosto/2018)*

Serviços executados pela rede referenciada a este CRAS	Oferta o Serviço
Crianças de 0 a 6 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Jovens de 18 a 29 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idosas(os) (60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

20. Em relação às vagas de SCFV da rede referenciada, informe se: *(resposta única)*

- ☐ todas as vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CRAS
☐ a maioria das vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CRAS
☐ a minoria das vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CRAS
☐ as vagas são preenchidas de forma independente, não sendo priorizados os encaminhamentos dos CRAS

21. Quais dessas estratégias o(a) profissional de referência utiliza para acompanhar o SCFV ofertado pela rede referenciada? *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

- ☐ Participação no planejamento das atividades que serão desenvolvidas
☐ Reuniões periódicas com a equipe de referência da rede referenciada
☐ Supervisão das(os) orientadoras(es) sociais
☐ Capacitação às(aos) orientadoras(es) sociais
☐ Acompanhamento periódico dos grupos
☐ Verificação da inclusão das(os) usuárias(os) no SCFV encaminhadas(os) pelo CRAS
☐ Encaminhamento das(os) usuárias(os) para o SCFV
☐ Avaliação e monitoramento das atividades realizadas
☐ Discussão conjunta dos casos em acompanhamento
☐ Nenhum dos itens anteriores

Atenção! Caso responda “Não” nas questões 16 e 18 simultaneamente, pule as questões 22 e 23.

22. São desenvolvidas atividades com familiares/responsáveis dos participantes dos grupos do SCFV?

- ☐ Sim, apenas para o SCFV executado diretamente pelo CRAS
☐ Sim, apenas para o SCFV executado pela rede referenciada
☐ Sim, para o SCFV deste CRAS e o SCFV executado na rede referenciada
☐ Não *(pule para a questão 24)*

23. Quais atividades são realizadas com familiares/responsáveis dos participantes dos grupos do SCFV? *(Admite múltiplas respostas)*

- ☐ Atendimento coletivos periódicos
☐ Atendimento coletivos eventuais
☐ Atendimento particularizados periódicos
☐ Atendimento particularizados eventuais

BLOCO 5 – SERVIÇO DE PSB NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS

24. Este CRAS oferta Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosos?

Atenção! O Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas , não são visitas domiciliares do PAIF. Acesse as Orientações Técnicas sobre o Serviço pelo link:
<http://blog.mds.gov.br/redesuas/2210/>.

- ☐ Sim ☐ Não *(pule para a questão 26)*

25. Informe o volume mensal de indivíduos atendidos pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas neste CRAS, no mês de agosto de 2018: (mês de referência: agosto de 2018)

	Quantidade no mês de agosto/2018
Total de indivíduos atendidos pelo Serviço de PSB no Domicílio neste CRAS	_ _ _ _ indivíduos
Destes, qual o total de idosas(os) atendidos	_ _ _ _ indivíduos
Destes, qual o total de pessoas com deficiência	_ _ _ _ indivíduos
Do total de pessoas com deficiência , quantas possuem de 0 a 6 anos	_ _ _ _ indivíduos

26. Este CRAS possui rede referenciada para oferta do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

Atenção! Considera-se rede referenciada ao CRAS as demais unidades públicas, assim como entidades privadas que ofertem serviços de Proteção Social Básica no território de abrangência deste CRAS e mantenham com este alguma forma de pactuação de fluxo para atendimento de usuárias (os) encaminhados pelos CRAS. Não se referem aos serviços de Proteção Social Especial para Pessoa com Deficiência.

- ☐ Sim, realizado por outra unidade pública
☐ Sim, realizado por entidade conveniada
☐ Sim, realizado por entidade não conveniada
☐ Não **(pule para a questão 28)**

27. Informe o volume mensal de indivíduos atendidos pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas na rede referenciada a este CRAS, no mês de agosto de 2018:

	Quantidade no mês de agosto/2018
Total de indivíduos atendidos pelo Serviço de PSB no Domicílio neste CRAS	_ _ _ _ indivíduos
Destes, qual o total de idosas(os) atendidos	_ _ _ _ indivíduos
Destes, qual o total de pessoas com deficiência	_ _ _ _ indivíduos
Do total de pessoas com deficiência , quantas possuem de 0 a 6 anos	_ _ _ _ indivíduos

Atenção! Caso responda “Não” nas questões 24 e 26 simultaneamente, pule as questões 28 e 29.

28. Informe as ações e atividades realizadas no âmbito do Serviço no Domicílio, oferta direta ou referenciada ao CRAS: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

- ☐ Acolhida no domicílio da(o) usuária(o)
☐ Elaboração do Plano de Desenvolvimento da(o) Usuária(o) – PDU
☐ Visita domiciliar para orientação e suporte aos cuidados familiares no domicílio.
☐ Rodas de diálogos periódicas com a família no domicílio
☐ Encontros territoriais periódicos com grupos multifamiliares
☐ Ações de mobilização para a cidadania no território
☐ Difusão e estímulo à participação das(os) usuárias(os) e suas famílias em conselhos de controle social
☐ Reuniões e encontros periódicos com a rede local para a discussão de casos/situações das(os) usuárias(os) do Serviço
☐ Encaminhamentos monitorados de usuárias(os) à rede socioassistencial e intersetorial
☐ Outras atividades. Qual? _____
☐ Nenhum dos itens anteriores

29. Com que frequência se dá o atendimento no domicílio de cada indivíduo atendido pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio? (resposta única)

- ☐ Mensalmente
☐ Quinzenalmente
☐ Semanalmente
☐ Outra periodicidade. Qual? _____

BLOCO 6 – EQUIPE VOLANTE

30. Este CRAS possui equipe técnica adicional (além do número previsto pela NOB-RH/SUAS) específica para deslocamento visando o atendimento à população em territórios extensos e áreas isoladas?

- ☐ Sim ☐ Não *(pule para a questão 36)*

31. Normalmente, com que frequência a equipe volante se desloca para realizar atendimento nestas áreas/comunidades? (resposta única)

- ☐ 4 ou mais dias por semana
☐ 3 dias por semana
☐ 2 dias por semana
☐ 1 dia por semana
☐ Quinzenalmente
☐ Uma vez por mês, ou menos

32. O(s) território(s) atendido(s) por esta equipe volante estão localizados em: (resposta única)

- ☐ Áreas rurais
☐ Áreas urbanas
☐ Em ambas

33. Quais os públicos atendidos pela equipe volante? (admite múltiplas respostas)

- ☐ Comunidades Rurais
☐ Povos Indígenas
☐ Comunidade quilombola
☐ Comunidade ribeirinha
☐ Povos ciganos
☐ Povos de matriz africana e de terreiro
☐ Assentamentos
☐ Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família
☐ Famílias beneficiárias do BPC
☐ Famílias em descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família
☐ Famílias com pessoas com deficiência
☐ Outros. Quais? _____

34. Nos territórios atendidos pela equipe volante, quantas famílias estão em acompanhamento familiar pelo PAIF (mês de referência – agosto 2018)? (Atenção! Observar que este número não pode ser maior que o número informado na questão 13, item A1)

famílias

35. Indique os tipos de atendimento realizados pela equipe volante nas comunidades (admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

- ☐ Atendimento particularizado de famílias ou indivíduos
☐ Atendimento em atividade coletiva de caráter continuado (Oficinas do PAIF, SCFV)
☐ Atendimento em atividade coletiva de caráter não-continuado (Palestras)
☐ Cadastramento/Atualização cadastral
☐ Concessão de benefício eventual
☐ Ações para obtenção de documentação pessoal
☐ Encaminhamento para o BPC
☐ Encaminhamentos para rede setorial e intersetorial
☐ Visitas domiciliares
☐ Outros. Qual? _____
☐ Nenhum dos itens acima

BLOCO 7 – PROGRAMAS, BENEFÍCIOS E CADASTRO ÚNICO

36. É feita concessão de Benefícios Eventuais neste CRAS?

Atenção! Considere “concessão” o ato de decidir sobre o direito de acesso ao Benefício, independente da entrega ser realizada no CRAS ou em outro órgão do município.

☐ Sim ☐ Não *(pule para a questão 39)*

37. Quais são os Benefícios Eventuais concedidos neste CRAS? *(Admite múltiplas respostas)*

- ☐ Benefício Eventual em situação de morte
- ☐ Benefício Eventual em situação de natalidade
- ☐ Benefício Eventual em situação de calamidade
- ☐ Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social *(caso não conceda Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social, pule para a questão 39)*

38. Caso o município conceda Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social, informe quais: *(Caso não conceda Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social, pule esta questão - Admite múltiplas respostas)*

- ☐ Auxílio relacionado à segurança alimentar (cesta básica, leite, entre outros)
- ☐ Auxílio para deslocamento / passagens (vale-transporte)
- ☐ Auxílio/Isenção para retirada de documentação (inclui auxílio para retirada de fotos)
- ☐ Aluguel social
- ☐ Material de construção
- ☐ Pagamento/ Isenção de contas de água e luz
- ☐ Auxílio gás
- ☐ Vestimentas/ Roupas
- ☐ Móveis e Eletrodomésticos
- ☐ Outros. Quais? _____

39. Com relação ao Benefício de Prestação Continuada, este CRAS faz: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

- ☐ Identificação de possíveis beneficiárias(os) do BPC
- ☐ Busca ativa de beneficiárias(os) do BPC para inclusão no CadÚnico
- ☐ Orientação/acompanhamento para inserção no BPC / Encaminhamento ao INSS
- ☐ Atendimento e acompanhamento das pessoas com deficiência do BPC com idade escolar que esteja fora da escola (incluindo BPC escola)
- ☐ Atendimento e acompanhamento das pessoas com deficiência do BPC em idade produtiva para o mundo do trabalho (incluindo BPC trabalho)
- ☐ Inserção das(os) Beneficiárias(os) nos serviços socioassistenciais (PAIF, SCFV, entre outros)
- ☐ Outros. Quais? _____
- ☐ Nenhuma das atividades acima

40. Este CRAS realiza cadastramento ou atualização do CadÚnico? *(Resposta Única)*

- ☐ Não *(pule para a questão 42)*
- ☐ Sim, com equipe exclusiva para esta finalidade
- ☐ Sim, com a equipe responsável pelo PAIF
- ☐ Sim, com outra equipe

41. Como é feito o registro das informações da entrevista no sistema do Cadastro Único? *(Resposta Única)*

- ☐ Todas as entrevistas são registradas diretamente no sistema do Cadastro Único
- ☐ A maioria das entrevistas são registradas diretamente no sistema do Cadastro Único
- ☐ A minoria das entrevistas são registradas diretamente no sistema do Cadastro Único
- ☐ Nenhuma entrevista é registrada diretamente no sistema do Cadastro Único, todas são registradas no formulário em papel e depois digitadas no sistema do Cadastro Único

BLOCO 8 – GESTÃO E TERRITÓRIO

42. Com que periodicidade são realizadas as seguintes atividades de gestão: (resposta única por linha)

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Eventualmente	Nunca
Reuniões de planejamento entre a equipe de referência e a coordenação do CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de referência realiza reunião para discussão de casos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboração de relatórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planejamento de atividades coletivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Dos bairros que constituem o território de abrangência deste CRAS, quantos estão situados na zona rural? (Resposta Única)

- ☐ Todos
☐ Alguns
☐ Nenhum

44. Há participação das(os) usuárias(os) nas atividades de planejamento deste CRAS?

- ☐ Não (pule para a questão 46)
☐ Sim, porém de maneira informal e ocasional
☐ Sim, de maneira informal, mas regular
☐ Sim, de maneira formal e regular

45. Quais mecanismos de participação são utilizados nesta unidade? (Admite múltiplas respostas)

- ☐ Convida as(os) usuárias(os) para as reuniões de planejamento desta unidade
☐ Apoio financeiro para a participação de reuniões de planejamento junto a esta unidade
☐ Existência de representante usuárias(os) junto à unidade
☐ Eleição para representante de usuárias(os) junto à unidade
☐ Estimula a formação de coletivo/comitê de usuárias(os)
☐ Realiza questionário de satisfação/ pesquisa de opinião (inclui urna de sugestões)
☐ Realiza reuniões/entrevistas específicas a fim de coletar a demanda das(os) usuárias(os)
☐ O CRAS possui ouvidoria estruturada
☐ As(os) usuárias(os) escolhem os temas a serem trabalhados nas ações coletivas da unidade
☐ Estimula a participação de usuárias(os) nos Conselhos de Assistência Social e/ou Conselho de Direitos
☐ Outros. Qual? _____

46. No território de abrangência deste CRAS, há presença de: (Admite múltiplas respostas)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Faixa de fronteira internacional | <input type="checkbox"/> Presença de conflito agrário ou fundiário |
| <input type="checkbox"/> Assentamento ou acampamento | <input type="checkbox"/> Presença de exploração sexual de crianças e adolescentes (prostituição infantil) |
| <input type="checkbox"/> Área com risco de desabamento | <input type="checkbox"/> Área com presença de migrantes/refugiados |
| <input type="checkbox"/> Área com risco de alagamento | <input type="checkbox"/> Regiões com escassez de água (seca) |
| <input type="checkbox"/> Contornos geográficos que dificultam a mobilidade (rios, montanhas etc.) | <input type="checkbox"/> Altos índices de abuso de drogas |
| <input type="checkbox"/> Moradias irregulares como favelas, invasões, grotas, cortiços, e/ou similares | <input type="checkbox"/> Altos índices de violência doméstica/intrafamiliar |
| <input type="checkbox"/> Presença de altos índices de criminalidade | <input type="checkbox"/> Outras características que contribuem para a vulnerabilidade das famílias. |
| <input type="checkbox"/> Presença de conflito/violência vinculado ao tráfico de drogas | Quais? _____ |

47. Há povos e comunidades tradicionais no território de abrangência deste CRAS?

- ☐ Sim ☐ Não (pule para a questão 51)

48. Caso sim, indique quais os povos e comunidades tradicionais existentes no território de abrangência: (Admite múltiplas respostas)

- ☐ Povos Indígenas
☐ Comunidade Quilombola
☐ Comunidade Ribeirinha
☐ Povos Ciganos
☐ Povos de Matriz Africana e de terreiro
☐ Extrativistas

☐ Outros povos e comunidades tradicionais. Quais? _____

49. Em 2018, este CRAS atendeu povos e comunidades tradicionais? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não Atendeu")

- ☐ Não atendeu **(pule para a questão 51)**
☐ Sim, atendeu Povos Indígenas
☐ Sim, atendeu Comunidade Quilombola
☐ Sim, atendeu Comunidade Ribeirinha
☐ Sim, atendeu Povos Ciganos
☐ Sim, atendeu Povos de Matriz Africana e de terreiro
☐ Sim, atendeu extrativistas
☐ Sim, atendeu outros povos e comunidades tradicionais

50. Para o atendimento a comunidades tradicionais a equipe de referência deste CRAS possui:

	Possui?
Capacitação específica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estratégias/Metodologias específicas de atendimento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Diagnóstico específico sobre as vulnerabilidades das comunidades atendidas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Profissionais com vivência e/ou experiências específicas junto às comunidades atendidas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Profissionais que sejam membros da comunidade/grupo tradicional	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Articulação com órgãos públicos que possuem atuação específica junto às comunidade atendidas (Ex.: FUNAI; INCRA etc.)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Articulação com entidades ou organizações da sociedade civil de representação ou defesa de direitos das comunidades atendidas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

51. Este CRAS utiliza o Prontuário SUAS em meio papel?

- ☐ Sim, em modelo elaborado pela própria unidade
☐ Sim, em modelo disponibilizado pela prefeitura
☐ Sim, em modelo disponibilizado pelo MDS
☐ Não

52. Este CRAS utiliza modelo informatizado de Prontuário?

- ☐ Sim, no modelo disponibilizado pelo MDS
☐ Sim, em modelo disponibilizado pelo órgão gestor/prefeitura
☐ Sim, em outro modelo. Qual? _____
☐ Não

BLOCO 9 – ARTICULAÇÃO

53. Indique as ações de articulação deste CRAS com os seguintes serviços, programas ou instituições existentes no município: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar 'Não possui articulação' ou 'Serviço ou Instituição não existente no município ou no DF')

Serviços, programas ou instituições com os quais mantém articulação	Tipo de Articulação								Não tem nenhuma articulação	Serviço ou instituição não existente no município ou no DF
	Possui dados de localização (endereço, telefone etc.)	Recebe usuáries (os) encaminhados por este CRAS	Encaminha usuáries (os) para este CRAS	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca Informações	Realiza estudos de caso em conjunto	Desenvolve atividades em parceria		
Unidades públicas da rede de proteção social básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidades conveniadas da rede de proteção social básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidades da rede de proteção social especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de educação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Órgãos/Serviços relacionados a trabalho e emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimentos sociais locais/ Associações comunitárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 10 – GESTÃO DE PESSOAS

54. Nos últimos 12 meses, a Unidade proporcionou ou facilitou a participação das(os) suas/seus profissionais em capacitação sobre os seguintes temas? (múltipla escolha, exceto se marcar a última opção)

- ☐ Deficiência
- ☐ Gênero
- ☐ População em situação de rua
- ☐ População LGBT, orientação sexual e identidade de gênero
- ☐ Álcool e outras drogas
- ☐ Diversidade étnico-racial (questão racial, comunidades indígenas, povos e comunidades tradicionais etc.)
- ☐ Violências e violações de direitos
- ☐ Trabalho Infantil
- ☐ Criança e adolescente
- ☐ Juventude
- ☐ Envelhecimento
- ☐ Sistema Socioeducativo/ Medida Socioeducativa/ SINASE
- ☐ Migração
- ☐ Mundo do trabalho
- ☐ Outros. Especifique: _____
- ☐ Não proporcionou/facilitou a participação dos profissionais.

55. Nesta unidade, algum(a) profissional já participou de algum curso do CAPACITASUAS, nos últimos 12 meses?

- ☐ Sim, Quantos? |__|__|
- ☐ Não

56. O/A coordenador(a) deste CRAS: (Resposta única)

- ☐ exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
- ☐ acumula as funções de coordenador(a) e de técnica(o) neste CRAS
- ☐ acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade da Secretaria Municipal de Assistência Social
- ☐ não há coordenador(a) neste CRAS

57. Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função, carga horária e o serviço de cada membro da equipe deste CRAS:

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AA AA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)	Serviços/Atividade a qual o(a) profissional está vinculado(a)		
				Número	Órgão Emissor	UF								Principal serviço/atividade	Segundo principal serviço/atividade	Terceiro principal serviço/atividade
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* O número de CPF é obrigatório.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no CRAS	Carga Horária	Serviços
0 – Sem Escolaridade (pular “Serviços/Atividades”) 1 – Ensino Fundamental Incompleto (pular “Serviços/Atividades”) 2 – Ensino Fundamental Completo (pular “Serviços/Atividades”) 3 – Ensino Médio Incompleto (pular “Serviços/Atividades”) 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 – Empregado Público (CLT) 3 – Outro vínculo não permanente 4 – Servidor Temporário 5 – Servidor/Estatutário 6 – Terceirizado 7 – Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços 8 – Voluntário 9 – Sem vínculo	1 – Apoio Administrativo 2 – Coordenador(a) 3 – Educador(a) Social 4 – Estagiária(o) 5 – Serviços gerais 6 – Cadastrador(a) 7 – Técnica(o) de nível superior 8 – Técnica(o) de nível médio 9 – 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	<p>Atenção! Informe o Serviço/ Atividade apenas para as (os) profissionais que possuem escolaridade de nível médio completo ou superior.</p> 1 – Atividades de gestão (administrativo) 2 – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); 3 – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; 4 – Serviço de PSB no domicílio 5 - Cadastramento e/ou atualização cadastral (Cadúnico) 6 – Concessão de Benefícios Eventuais 7 – Programa Criança Feliz 8 – Outros

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

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo CRAS:

Nome: _____

CPF: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

☐ Coordenador(a) do CRAS ☐ Técnica(o) de nível superior do CRAS ☐ Outro

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

Assinatura: _____

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

Nome: _____

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

Cargo/Função:

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

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

Assinatura: _____

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