

# MONITORAMENTO SUAS



## CENSO SUAS 2010

### Questionário CRAS

As informações declaradas pelo agente municipal possuem Fé Pública e constituem registros administrativos dos sistemas de informações do SUAS.

Os formulários eletrônicos do Censo SUAS 2010 dos CRAS deverão ser preenchidos durante o período de 01 de setembro até 01 de outubro. Todos os municípios que possuem CRAS devem responder o formulário que está disponível no site [www.mds.gov.br/suas](http://www.mds.gov.br/suas) pelo link "Monitoramento SUAS", inclusive aqueles municípios que já implantaram esta unidade, mas ainda não recebem o co-financiamento federal.

Este formulário em papel deve ser utilizado pelo município para coletar as informações junto à coordenação e equipe do CRAS. Compete ao órgão gestor municipal a responsabilidade pelo preenchimento *on-line* do formulário com base nas informações fornecidas pela coordenação e pela equipe do CRAS.

O aplicativo *on-line* apresentará para o digitador uma lista dos CRAS já cadastrados pelo município no ano anterior, para que ele selecione a unidade e preencha seu respectivo formulário. Caso algum CRAS na lista de unidades tenha mudado de localização, seu endereço deve ser atualizado ao preencher o formulário eletrônico de 2010. Neste caso, é importante observar que a seleção da unidade deve ser feita pelo seu endereço anterior, que deverá então ser atualizado. Isto significa que as unidades que apenas mudaram de endereço **NÃO DEVEM** ser cadastradas como um "Novo CRAS", mantendo assim seu mesmo número de identificação junto ao MDS.

Para acesso ao formulário pela internet é necessário utilizar o *login* (letras MAIÚSCULAS) e a *senha* (letras minúsculas) do **SUASWEB**. Se não conseguir acessar o sistema, tente digitar tudo em formato minúsculo. Caso não consiga entrar no sistema na primeira tentativa, é necessário tentar mais de uma vez, de acordo com as instruções quanto ao formato do *login* e *senha*.

Se depois de realizar os procedimentos acima, persistirem os problemas, enviar um e-mail para [monitoramentosuas@mds.gov.br](mailto:monitoramentosuas@mds.gov.br) colocando o **nome do município, estado, login e senha do SUASWEB e cópia da tela em que foi verificado o problema.**

**IMPORTANTE:** Este questionário deverá ser utilizado para a coleta das informações, entretanto, **NÃO DEVE** ser encaminhado ao MDS em formato impresso. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO  
PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

## 1. LOCALIZAÇÃO DO CRAS:

Nome que identifica o CRAS: \_\_\_\_\_

Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc): (Selecionar o tipo)

Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: (Caixa com campo texto)

CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: (Seleção)

E-mail: \_\_\_\_\_

DDD – Telefone: |\_|\_|- |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Ramal: |\_|\_|\_|\_|\_|

Fax: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Mês e ano de início do funcionamento deste CRAS: |\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| (mm/aaaa)

Localização:   
☐ Urbano Central  
☐ Urbano Periférico  
☐ Rural  
☐ Itinerante (Embarcação)

2. Este CRAS é uma unidade com capacidade de atendimento para até: (NÃO admite múltipla marcação)

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

3. Indique a(s) fonte(s) de financiamento deste CRAS. (admite múltipla marcação)

☐ Recursos Municipais  
☐ Recursos Estaduais  
☐ Recursos Federais (MDS)

4. Horário de funcionamento: |\_|\_| dias por semana |\_|\_| horas por dia

## BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DO CRAS

5. Situação do imóvel onde se localiza o CRAS: (NÃO admite múltipla marcação)

☐ próprio da Prefeitura Municipal  
☐ alugado pela Prefeitura Municipal  
☐ cedido para a Prefeitura Municipal  
☐ outro

6. O imóvel de funcionamento deste CRAS é compartilhado?

☐ Sim ☐ Não (pule para a questão 9)

7. Especifique o tipo de unidade com a qual este CRAS compartilha seu imóvel. (admite múltipla marcação)

☐ Secretaria da Assistência Social ou congênere  
☐ Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura 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  
☐ Uma Associação Comunitária  
☐ ONG/Entidade  
☐ Outros

**8. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre o CRAS e a outra Unidade.** (admite múltipla marcação, 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.  
☐ Entrada / Porta de Acesso  
☐ Recepção  
☐ Cozinha  
☐ Algumas salas de atendimento  
☐ Todas as salas de atendimento  
☐ Salas administrativas  
☐ Banheiros  
☐ Área Externa  
☐ Almoxarifado ou similar

**9. 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 de 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 de 15 a 30 pessoas   | <input type="text"/>         | <input type="text"/>         |
| Quantidade de Salas com capacidade superior a 30 pessoas  | <input type="text"/>         | <input type="text"/>         |
| <b>Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)</b> | <input type="text"/>         |                              |
| <b>Banheiro</b>   | <input type="text"/>         |                              |
| <b>Demais Ambientes</b>   | <b>Possui?</b>               |                              |
| Recepção  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Cozinha/Copa  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Almoxarifado  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Espaço externo no CRAS para atividades de convívio  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**10. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que este CRAS possui:**

| Condições de acessibilidade apresentadas:  | SIM<br>De acordo com a<br>Norma da ABNT<br>(NBR9050) | SIM<br>Mas, não estão de<br>acordo com a Norma<br>da ABNT(NBR9050) | Não<br>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"/> |

**11. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos serviços deste CRAS:** (admite múltipla marcação)

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

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

| Quantitativo de computadores                  |      |
|---|------|
| Quantidade total de computadores no CRAS      | ____ |
| Quantos estão conectados à internet           | ____ |
| Quantos estão acessíveis aos usuários do CRAS | ____ |

**13. A equipe técnica utiliza internet em outro local para a realização das atividades do CRAS? (admite múltipla marcação, exceto se marcar não).**

- ☐ Não  
☐ Sim, na Secretaria Municipal de Assistência Social  
☐ Sim, em outras instituições públicas  
☐ Sim, no domicílio dos profissionais do CRAS  
☐ Sim, em *Lan House*  
☐ Sim, em ONGs/Entidades Privadas

**14. Este CRAS possui placa de identificação? (NÃO admite múltipla marcação)**

- ☐ Sim, conforme o modelo padronizado pelo MDS  
☐ Sim, em outro modelo, mas com o nome "Centro de Referência de Assistência Social"  
☐ Sim, em outro modelo, sem o nome "Centro de Referência de Assistência Social"  
☐ Não possui

### **BLOCO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERTADOS NESTE CRAS**

**15. Indique as ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF): (admite múltipla marcação)**

- ☐ Recepção e acolhida  
☐ Acompanhamento de famílias  
☐ Acompanhamento de indivíduos  
☐ Grupo/oficina de convivência e atividades socioeducativas com famílias  
☐ Visitas Domiciliares  
☐ Deslocamento da Equipe para atendimento em localidades distantes  
☐ Acompanhamento de famílias em descumprimento de condicionalidades  
☐ Acompanhamento a beneficiários e famílias beneficiárias do BPC  
☐ Acompanhamento a famílias integrantes do PETI (após contrarreferenciamento do PAEFI)  
☐ Acompanhamento a famílias atendidas com benefícios eventuais  
☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial  
☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas  
☐ Encaminhamento para obtenção de Benefícios Eventuais  
☐ Encaminhamento para inserção de famílias no Cadastro Único  
☐ Orientação/acompanhamento para inserção do BPC  
☐ Acompanhamento dos encaminhamentos realizados  
☐ Palestras  
☐ Apoio para obtenção de Documentação pessoal

**16. Informe o volume mensal das seguintes ações realizadas no CRAS pelo PAIF: (mês de referência: AGOSTO de 2010):**

|  |  |
|--|--|
| <b>16a) Acompanhamento de Famílias</b>   | <b>Quantidade Mensal (Agosto 2010)</b> |
| <b>Quantidade total de famílias em acompanhamento pelo PAIF (AGOSTO de 2010)</b>                     | <input type="text"/> famílias          |
| Das famílias acompanhadas pelo PAIF, quantas são beneficiárias do Bolsa Família                      | <input type="text"/> ( ) Não Sabe      |
| Das famílias acompanhadas pelo PAIF, quantas são beneficiárias do PETI                               | <input type="text"/> ( ) Não Sabe      |
| Das famílias acompanhadas pelo PAIF, quantas são beneficiárias do BPC                                | <input type="text"/> ( ) Não Sabe      |
| Das famílias acompanhadas pelo PAIF, quantas possuem jovens do Projovem Adolescente                  | <input type="text"/> ( ) Não Sabe      |
| <b>16b) Entrada no acompanhamento</b>  | <b>Quantidade Mensal</b>               |
| Quantidade total de famílias que <u>ingressaram</u> em acompanhamento no PAIF em agosto de 2010      | <input type="text"/> ( ) Não Sabe      |
| Quantidade total de famílias que <u>foram desligadas</u> do acompanhamento do PAIF em agosto de 2010 | <input type="text"/> ( ) Não Sabe      |
| <b>16c) Entrevista individual ou familiar</b>  | <b>Quantidade Mensal</b>               |
| Quantidade total de entrevistas individuais ou familiares realizadas em agosto de 2010               | <input type="text"/> ( ) Não Sabe      |
| <b>16d) Visitas Domiciliares</b>   | <b>Quantidade Mensal</b>               |
| Quantidade total de visitas domiciliares realizadas em agosto de 2010                                | <input type="text"/> ( ) Não Sabe      |
| <b>16e) Encaminhamentos</b>  | <b>Quantidade Mensal</b>               |
| Quantidade total de encaminhamentos para a rede de Assistência Social realizados em agosto de 2010   | <input type="text"/> ( ) Não Sabe      |
| Quantidade total de encaminhamentos para outras políticas realizados em agosto de 2010               | <input type="text"/> ( ) Não Sabe      |

**17. Este CRAS realiza Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Grupos/Coletivos)?** (Ver Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais)

☐ Sim      ☐ Não (pule para a questão 19)

**18. Indique as características dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Grupos) realizados neste CRAS**

**18a. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças até 6 anos de idade (mês de referência: AGOSTO de 2010) :**

☐ Sim      ☐ Não

|  |   |
|--|---|
| Quantidade total de grupos   | <input type="text"/>  |
| Quantidade total de crianças que participam deste(s) grupo(s)                                  | <input type="text"/>  |
| Quantidade total de crianças com deficiência que participam dos grupos                         | <input type="text"/>  |
| Do total de crianças com deficiência, quantas recebem o BPC                                    | <input type="text"/>  |
| Quantos dias normalmente cada criança participa das atividades com este(s) Grupo(s) neste CRAS | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Três vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Duas vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Uma vez por semana<br><input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena<br><input type="checkbox"/> Um dia a cada mês |
| Total de horas por semana em que, normalmente, cada criança participa dos grupos               | <input type="text"/>  |
| Nestes grupos, com qual frequência há a participação das famílias destas crianças.             | <input type="checkbox"/> Sempre<br><input type="checkbox"/> Frequentemente<br><input type="checkbox"/> Algumas vezes<br><input type="checkbox"/> Raramente<br><input type="checkbox"/> Nunca  |

**18b Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos de idade (mês de referência: AGOSTO de 2010):**

☐ Sim ☐ Não

|   |   |
|---|---|
| Quantidade total de grupos  | <input type="text"/>  |
| Quantidade total de crianças e adolescentes que participam deste(s) grupo(s):                                 | <input type="text"/>  |
| Quantidade total de crianças e adolescentes do PETI que participam deste(s) grupo(s)                          | <input type="text"/>  |
| Quantidade total de crianças e adolescentes com deficiência que participam dos grupos                         | <input type="text"/>  |
| Do total de crianças e adolescentes com deficiência, quantos recebem o BPC                                    | <input type="text"/>  |
| Quantos dias normalmente cada criança ou adolescente participa das atividades com este(s) Grupo(s) neste CRAS | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Três vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Duas vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Uma vez por semana<br><input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena<br><input type="checkbox"/> Um dia a cada mês |
| Total de horas por semana em que, normalmente, cada criança e adolescente participa dos grupos                | <input type="text"/>  |
| Estes grupos são formados por crianças e adolescentes:  | <input type="checkbox"/> do PETI<br><input type="checkbox"/> outras crianças e adolescentes<br><input type="checkbox"/> Misto formado com crianças e adolescentes do PETI e outras crianças/adolescentes  |

**18c Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para jovens adolescentes de 15 a 17 anos de idade (mês de referência: AGOSTO de 2010):**

☐ Sim ☐ Não

|   |   |
|---|---|
| Quantidade total de grupos/coletivos  | <input type="text"/>  |
| Quantidade total de jovens adolescentes que participam deste(s) grupo/coletivo (s):                               | <input type="text"/>  |
| Quantidade total de jovens adolescentes do Projovem que participam deste(s) grupo/coletivo (s):                   | <input type="text"/>  |
| Quantidade total de jovens adolescentes com deficiência que participam dos grupos/coletivos                       | <input type="text"/>  |
| Do total de jovens adolescentes com deficiência, quantos recebem BPC  | <input type="text"/>  |
| Quantos dias normalmente cada jovem adolescente participa de atividades com este(s) grupo/coletivo (s) neste CRAS | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Três vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Duas vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Uma vez por semana<br><input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena<br><input type="checkbox"/> Um dia a cada mês |
| Total de horas por semana em que, normalmente, cada jovem adolescente participa dos grupos/coletivos              | <input type="text"/>  |
| Estes grupos são formados por adolescentes ou jovens:   | <input type="checkbox"/> Do ProJovem Adolescente<br><input type="checkbox"/> outros jovens adolescentes<br><input type="checkbox"/> Misto formado com adolescentes do Projovem e outros jovens adolescentes   |

**18d Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos (mês de referência: AGOSTO de 2010):**

☐ Sim ☐ Não

|  |   |
|--|---|
| Quantidade de grupos   | <input type="text"/>  |
| Quantidade total de idosos que participam deste(s) grupo(s):                               | <input type="text"/>  |
| Quantidade total de idosos beneficiários do BPC  | <input type="text"/>  |
| Quantidade total de idosos com deficiência participam dos grupos                           | <input type="text"/>  |
| Quanto dias normalmente cada idoso participa de atividades com este(s) Grupo(s) neste CRAS | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Três vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Duas vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Uma vez por semana<br><input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena<br><input type="checkbox"/> Um dia a cada mês |
| Total de horas por semana em que, normalmente, cada idoso participa dos grupos             | <input type="text"/>  |

**19. Além dos grupos anteriormente relacionados, indique se este CRAS realiza outros tipos de grupos no âmbito do PAIF (mês de referência: AGOSTO de 2010):**

| Tipos de Grupos  | Se realiza  | Quantidade de grupos | Quantidade de pessoas | Horas por semana     |
|------------------|---|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Mulheres         | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Homens           | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Gestantes        | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Famílias         | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Intergeracionais | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Outros.Qual?     | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Outros.Qual?     | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Outros.Qual?     | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |

**20. Indique as atividades normalmente realizadas com os participantes dos grupos e/ou usuários dos Serviços de convivência e Fortalecimento de Vínculos existentes neste CRAS.**

| Atividades   | Público do Serviço   |                                   |                      |                      |                      |
|--|----------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|  | Crianças até 6       | Crianças e Adolescentes de 6 a 15 | Jovens de 15 a 17    | Idosos               | Outros grupos        |
| Atividades de qualificação profissional                                    | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Atividades físicas (esportes, ginástica)                                   | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Atividades de arte e cultura (dança, teatro, música e etc)                 | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Atividades de inclusão digital   | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Atividades de segurança alimentar e nutricional                            | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Oficinas sobre temas transversais (saúde, meio ambiente, cultura, esporte) | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Oficinas sobre direitos e programas sociais                                | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Orientações sobre higiene e cuidados pessoais                              | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Exibição de filmes ou documentários  | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê, etc.)          | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Reforço escolar  | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Atividades de recreação  | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Atividades lúdicas   | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Passeios   | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Atividades com participação da comunidade                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Atividade de afirmação étnico-cultural                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Atividades intergeracionais  | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**21. Este CRAS realiza Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas?** (não considerar visitas domiciliares do PAIF) (Ver Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais) (mês de referência: AGOSTO de 2010):

☐ Sim ☐ Não (pule para a questão 22)

|  |   |
|--|---|
| Quantidade total de idosos   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| Quantidade total de pessoas com deficiência                            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| Quantos dias, normalmente, cada usuário recebe atendimento domiciliar: | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Três vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Duas vezes por semana<br><input type="checkbox"/> Uma vez por semana<br><input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena<br><input type="checkbox"/> Um dia a cada mês |

**22. O Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas dispõe de Plano de Desenvolvimento do Usuário – PDU?**

☐ Sim ☐ Não

**23. É feita concessão de Benefícios Eventuais neste CRAS?** (Considerar apenas aqueles concedidos no próprio CRAS. Não considerar os encaminhamentos para obtenção dos benefícios junto à outra unidade/órgão)

☐ Sim ☐ Não (pule para a questão 25)

**24. Quais são os Benefícios Eventuais concedidos neste CRAS?** (admite múltipla marcação)

- ☐ Auxílio Funeral  
☐ Auxílio Natalidade  
☐ Auxílio relacionado à segurança alimentar (cesta básica, leite em pó, entre outros)  
☐ Passagens  
☐ Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**25. Este CRAS realiza ações ou projetos de Capacitação Profissional e/ou Inclusão Produtiva?** (Devem ser consideradas como ações ou projetos de Capacitação Profissional e/ou Inclusão Produtiva apenas aqueles cujo objetivo final e principal é a geração de renda e inclusão no mercado de trabalho para os participantes)

☐ Sim ☐ Não (pule para a questão 27)

**26. As ações de capacitação ou inclusão produtiva realizadas neste CRAS compreendem:** (admite múltipla marcação)

- ☐ Cursos de capacitação profissional para o mercado de trabalho (organizados pelo cras)  
☐ Cessão de espaço físico para realização de cursos de capacitação profissional ofertados por outras instituições  
☐ Cursos de artesanato (trabalhos manuais como pintura em tecido, bordados, bijuterias, etc.)  
☐ Cadastramento para participação em programas de qualificação profissional  
☐ Encaminhamentos para colocação no mercado de trabalho  
☐ Organização ou assessoramento para formação de cooperativas ou associações (unidades produtivas)  
☐ Cessão de espaço para funcionamento de unidades produtivas

**27. Este CRAS desenvolve estratégias específicas para inclusão de pessoas com deficiência nos serviços desta unidade?** (admite múltipla marcação)

- ☐ Sim, busca ativa  
☐ Sim, ações de divulgação e mobilização  
☐ Sim, articulação intersetorial para formação de rede de apoio  
☐ Sim, articulação com associações e/ou entidades para a formação de rede de apoio  
☐ Sim, outras estratégias  
☐ Não

**28. Este CRAS possui rede referenciada para oferta de Serviços de Proteção Social Básica:**

Considera-se rede referenciada ao CRAS as demais unidades públicas, assim como entidades 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 usuários encaminhados pelos CRAS.

☐ Sim ☐ Não (pule para a questão 30)



**29. Indique os serviços disponíveis na rede referenciada e o tipo de unidade que os ofertam:**

| Serviços disponíveis na rede referenciada   | Não disponibiliza        | Disponíveis em           |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |                          | Outra Unidade Pública    | Entidade conveniada      | Entidade não conveniada  |
| Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças até 6 anos                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos de idade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Jovens Adolescentes de 15 a 17 anos de idade    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programas ou projetos de capacitação e inclusão produtiva   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Programas ou projetos de inclusão digital   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**BLOCO 4 – GESTÃO DO TERRITÓRIO**

**30. O território de abrangência deste CRAS compreende:**

- ☐ O município inteiro (*pule para questão 32*)  
☐ Toda a zona urbana do município (*pule para questão 32*)  
☐ Toda a zona rural do município (*pule para questão 32*)  
☐ Apenas algum (ns) bairro (s) ou comunidade (s) dentro do município

**31. Indique o nome dos Bairros que constituem o território de abrangência deste CRAS**

(Utilize o nome completo dos Bairros abrangidos pelo território. Não utilize abreviaturas)

|    |     |
|----|-----|
| 1) | 6)  |
| 2) | 7)  |
| 3) | 8)  |
| 4) | 9)  |
| 5) | 10) |

**32. Este CRAS possui o mapa de seu território de abrangência?**

☐ Sim ☐ Não

**33. Este CRAS possui documento com o diagnóstico do seu território de abrangência?**

☐ Sim ☐ Não (*pule para a questão 35*)

**34. Quais informações são descritas neste documento? (admite múltipla marcação)**

- ☐ Quantidade de famílias no território  
☐ Quantidade de famílias vulneráveis  
☐ Perfil etário da população  
☐ Perfil socioeconômico da população  
☐ Mapeamento da rede socioassistencial pública  
☐ Mapeamento da rede socioassistencial privada  
☐ Mapeamento de unidades de outras políticas públicas  
☐ Associações comunitárias (associações de bairros, cooperativa de artesãos, entidades beneficentes, entre outras)  
☐ Lideranças comunitárias

**35. Aproximadamente quantas famílias em situação de vulnerabilidade residem no território de abrangência deste CRAS?**

Quantidade de famílias em situação de vulnerabilidade

( ) Não sabe

**36. Apresente o percentual aproximado das formas pelas quais os usuários acessam os serviços do CRAS**  
(Os valores de cada item devem somar 100%)

- ☐ ☐ Por procura espontânea
- ☐ ☐ Por busca ativa
- ☐ ☐ Por encaminhamento da rede socioassistencial
- ☐ ☐ Por encaminhamento das demais políticas públicas e/ou Sistema de garantia de direitos

**37. Quais das situações abaixo são mais frequentemente atendidas por este CRAS.** (Marque as 4 principais)

- ☐ situações de negligência em relação a idosos
- ☐ situações de negligência em relação a crianças/adolescentes
- ☐ situações de negligência em relação a pessoas com deficiência
- ☐ situação de violência contra mulheres
- ☐ situações de violência doméstica
- ☐ outras situações de violência no território
- ☐ crianças e adolescentes fora da escola
- ☐ crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil
- ☐ indivíduos sem documentação civil
- ☐ famílias em descumprimento de condicionalidades do Bolsa Família
- ☐ famílias elegíveis não inseridas nos programas ou benefícios de transferência de renda
- ☐ famílias em situação de insegurança alimentar
- ☐ demandas de provisão material (exceto alimentos)
- ☐ exploração ou abuso sexual de crianças e adolescentes
- ☐ jovens em situação de vulnerabilidade e risco social
- ☐ usuários de drogas
- ☐ pessoas em situação de rua

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

- ☐ Sim
- ☐ Não (pule para a questão 41)

**39. Este CRAS atende povos e comunidades tradicionais?**

- ☐ Não atende (pule para a questão 41)
- ☐ Sim, atende Povos Indígenas
- ☐ Sim, atende Comunidade Quilombola
- ☐ Sim, atende Comunidade Ribeirinha
- ☐ Sim, atende outros povos e comunidades tradicionais

**40. Este CRAS está localizado dentro de uma comunidade tradicional?**

- ☐ Não
- ☐ Sim, dentro de uma comunidade indígena
- ☐ Sim, dentro de uma comunidade quilombola
- ☐ Sim, dentro de uma comunidade ribeirinha
- ☐ Sim, dentro de outras comunidades tradicionais

41. Indique se este CRAS possui as listas abaixo indicadas e com qual objetivo as utiliza:

| Listagens  | Não Possui               | Indique qual o uso que o CRAS faz das listagens |                                      |  |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------------------|--|--------------------------|
|  |                          | Prioriza no atendimento do PAIF                 | Planeja a oferta de serviços no CRAS | Realiza busca ativa priorizando o público da lista | Não faz uso da listagem  |
| Listagem dos beneficiários do Programa Bolsa Família   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> |
| Listagem das famílias em descumprimento das condicionalidades de educação no Programa Bolsa Família                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> |
| Listagem das famílias em descumprimento das condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> |
| Listagem de famílias inscritas no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal do seu território de atuação  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> |
| Listagem dos idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC/Idoso                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> |
| Listagem das pessoas com deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada – BPC/ Pessoas com Deficiência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> |
| Listagem dos beneficiários do PETI   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> |

42. Indique quais sistemas informatizados do Governo Federal este CRAS tem acesso: (NÃO admite múltipla marcação, exceto se marcar que não tem acesso)

| Sistema   | Acesso aos sistemas      |                          |                           |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
|   | Para consulta/ pesquisa  | Para inserção de dados   | Não tem acesso ao sistema |
| <b>CadÚnico</b> – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <b>SICON</b> - Sistema Integrado de gestão de Condicionalidades do Programa Bolsa Família | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <b>SIBEC</b> - Sistema de Benefícios ao Cidadão   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <b>BPC na Escola</b> - Sistema de Informações do Programa BPC na Escola                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <b>SISPETI</b> - O Sistema de Controle e Acompanhamento do PETI (SUASWEB)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <b>SISJOVEM</b> - Sistema de Acompanhamento e Gestão do Projovem Adolescente              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| <b>Carteira do Idoso</b> – Sistema de Emissão da Carteira do Idoso (SUASWEB)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

43. Este CRAS realiza cadastramento ou atualização cadastral do CadÚnico?

- ☐ Sim, com equipe exclusiva para esta finalidade  
☐ Sim, com a equipe responsável pelo PAIF  
☐ Sim, com outra equipe  
☐ Não realiza

**BLOCO 5 – ARTICULAÇÃO**

**44. Indique as ações de articulação deste CRAS com os seguintes serviços, programas ou instituições existentes no município. (Caso o serviço, programa ou instituição mencionado não exista no município, marque apenas a última coluna)**

[illegible]

**BLOCO 6 – RECURSOS HUMANOS**

45. Indique a formação, vínculo, carga horária e função de cada membro da equipe deste CRAS:

| NOME | Sexo  | Escolaridade             | Formação                 | Vínculo                  | Função                   | CPF * | Carga horária SEMANAL |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|-----------------------|
| 1)   | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <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"/> |       |                       |
| 3)   | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <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"/> |       |                       |
| 5)   | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <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"/> |       |                       |
| 7)   | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <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"/> |       |                       |
| 9)   | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <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"/> |       |                       |
| 11)  | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | <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"/> |       |                       |

\* O número de CPF é obrigatório.

| Escolaridade                     | Formação   | Tipo de Vínculo                          | Função no CRAS                  |
|----------------------------------|--|--|---------------------------------|
|                                  | Nível Superior (completo ou incompleto)                    |  |                                 |
| 1. Ensino Fundamental Incompleto | 1. Serviço Social  | 1- Servidor / Estatutário                | 1-Coordenador (a)               |
| 2. Ensino Fundamental Completo   | 2. Psicologia  | 2 - Empregado Público Celetista          | 2-Técnico (a)                   |
| 3. Ensino Médio Incompleto       | 3. Pedagogia   |  | 3- Apoio Administrativo         |
| 4. Ensino Médio Completo         | 4. Administração   | 3 - Somente comissionado                 | 4 – Auxiliar de Serviços Gerais |
| 5. Ensino Superior Incompleto    | 6. Antropologia  | 4 - Contrato Temporário com a Prefeitura | 5 - Estagiário                  |
| 6. Ensino Superior Completo      | 7. Arquitetura   | 5 - Terceirizado de Empresa              |                                 |
| 7. Especialização                | 8. Agronomia   | 6 - Terceirizado de Cooperativa          |                                 |
| 8. Mestrado                      | 9. Contabilidade   | 7 - Terceirizado de ONG                  |                                 |
| 9. Doutorado                     | 5. Direito   | 8 - Estagiário                           |                                 |
|                                  | 10. Educação Física  | 9- Outros vínculos não permanentes       |                                 |
| 10. Sem escolaridade             | 11. Economia   |  |                                 |
|                                  | 12. Engenharia   |  |                                 |
|                                  | 13. Enfermagem   |  |                                 |
|                                  | 14. Fisioterapia   |  |                                 |
|                                  | 15. Geografia  |  |                                 |
|                                  | 16. História   |  |                                 |
|                                  | 17. Letras   |  |                                 |
|                                  | 18. Medicina   |  |                                 |
|                                  | 19. Nutrição   |  |                                 |
|                                  | 20. Sociologia   |  |                                 |
|                                  | 21. Terapia Ocupacional                                    |  |                                 |
|                                  | 22. Outra formação de nível superior                       |  |                                 |
|                                  | <b>Nível Médio ou fundamental (completo ou incompleto)</b> |  |                                 |
|                                  | 99. Não se aplica  |  |                                 |

- Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Formação, ao Tipo de Vínculo e à Função de cada pessoa

**Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo CRAS:**

**Nome Legível:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cargo/Função:**

☐ Coordenador do CRAS

☐ Técnico de nível superior do CRAS

☐ Outro

**Telefone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

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

**Nome Legível:** \_\_\_\_\_

**CPF** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cargo/Função:**

☐ Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção básica no município.

☐ Secretário Municipal de Assistência Social ou congênere

☐ Técnico da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere

☐ Outros

**Telefone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Email** \_\_\_\_\_

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