

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 2016**

### **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 **12 de setembro a 4 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 município tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento, ele deverá entrar em contato com a respectiva Secretaria Estadual ou, se necessário, contatar o MDS por meio do e-mail [vigilanciasocial@mds.gov.br](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br), ou pelos telefones 61 2030-3000/ 3001/ 3118/ 3131/ 3132, ou ainda pelo 0800 707 2003.

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 2016 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 / cadsuas.estado). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionados, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003.

## 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. Situação do imóvel onde se localiza o CRAS: **(Resposta única)**

- Próprio  
 Alugado  
 Cedido

### 5. 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 e Acessuas Trabalho, não são considerados compartilhamento, pois constituem serviços ou programas que podem ser desenvolvidos no CRAS, desde que garantidos os recursos humanos e os espaços exigidos para oferta do PAIF.”*

- Sim     Não **(pule para a questão 8)**

**6. 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, 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  
 Associação Comunitária  
 Entidades privadas /ONG  
 Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**7. 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 8).  
 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

**8. 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	_ _ _ _	
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	_ _ _ _	
Quantidade de Salas com capacidade para 15 a 29 pessoas	_ _ _ _	
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	_ _ _ _	
<b>Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)</b>	_ _ _ _	
<b>Qtde. Total de Banheiros</b>	_ _ _ _	
Demais Ambientes	Possui?	
Recepção	_  Sim	_  Não
Cozinha/Copa	_  Sim	_  Não
Almojarifado	_  Sim	_  Não
Espaço externo no CRAS para atividades de convívio	_  Sim	_  Não

9. 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"/>

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

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

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"/>
11.2 Destes, quantos estão conectados à internet	<input type="text"/> <input type="text"/>

12. Este CRAS possui placa de identificação? **(Resposta única)**

- Sim, conforme 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 – SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA (PAIF)

13. 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 técnico de nível superior  
 Acompanhamento de famílias  
 Acompanhamento dos encaminhamentos realizados  
 Atendimento particularizado de famílias ou indivíduos  
 Registro do acompanhamento familiar em prontuário  
 Elaboração do Plano de Acompanhamento Familiar  
 Grupo/oficina com famílias  
 Visitas Domiciliares  
 Palestras  
 Campanhas ou eventos comunitários  
 Apoio para obtenção de Documentação pessoal  
 Orientação/acompanhamento para inserção no BPC  
 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



19. A rede referenciada a este CRAS oferta Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para os seguintes públicos? *(Mês de referência: Agosto/2016)*

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 de 7 a 14 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adolescentes 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
Adultos de 30 a 59 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idosos (60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

20. Em relação aos usuários encaminhados pelo CRAS à rede referenciada, na maioria dos casos: *(resposta única)*

- o CRAS é o responsável pela seleção de usuários no SCFV na rede referenciada  
 o CRAS tem prioridade na seleção dos usuários encaminhados aos SCFV da rede referenciada  
 a rede referenciada é a responsável pela seleção de usuários no SCFV

21. Com que frequência o técnico de referência do CRAS realiza visitas aos SCFV executados fora do CRAS *(resposta única)*

- De 2 a 3 vezes na semana  
 Semanalmente  
 Quinzenalmente  
 Mensalmente  
 Sem frequência específica, menos que mensal (bimestral, trimestral, etc.)  
 Não realiza

22. Qual(is) dessas estratégias o técnico de referência utiliza para acompanhar o SCFV ofertado pela rede referenciada? *(Admite múltiplas respostas)*

- Participação no planejamento das atividades que serão desenvolvidas  
 Reuniões periódicas com a Equipe Técnica da rede referenciada  
 Supervisão dos orientadores sociais  
 Capacitação aos orientadores sociais  
 Acompanhamento periódico dos grupos  
 Verificação da inclusão dos usuários no SCFV encaminhados pelo CRAS  
 Encaminhamento dos usuários para o SCFV  
 Avaliação e monitoramento das atividades realizadas  
 Discussão conjunta dos casos em acompanhamento  
 Nenhum dos itens anteriores

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

- Sim, apenas para o SCFV executado diretamente por este CRAS  
 Sim, para o SCFV deste CRAS e o SCFV executado na rede referenciada  
 Não *(pule para a questão 25)*

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

- Atendimentos coletivos periódicos  
 Atendimentos coletivos eventuais  
 Atendimentos particularizados periódicos  
 Atendimentos particularizados eventuais  
 Outros

## BLOCO 5 – EQUIPE VOLANTE

25. 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 29)*

26. 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

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

- Áreas rurais
- Áreas urbanas
- Em ambas

28. Nos territórios atendidos pela equipe volante, quantas famílias estão em acompanhamento familiar pelo PAIF (mês de referência – agosto 2016)? *Atenção! Observar que este número não pode ser maior que o número informado na questão 14, item A1)*

|\_|\_|\_| famílias

#### BLOCO 6 – BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS E CADASTRO ÚNICO

29. 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 31)*

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

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

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

- Não *(pule para a questão 33)*
- Sim, com equipe exclusiva para esta finalidade.
- Sim, com a equipe responsável pelo PAIF.
- Sim, com outra equipe.

32. Este CRAS: *(Resposta Única)*

- Acessa a versão on line do CadÚnico e realiza a digitação das informações (Sistema V7 – CAIXA)
- Registra as informações, exclusivamente, no Formulário de papel e envia para digitação em outro local

#### BLOCO 7 – GESTÃO E TERRITÓRIO

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

- Todos
- Alguns
- Nenhum

**34. Há participação dos usuários nas atividades de planejamento deste CRAS?**

- Não *(pule para a questão 36)*
- Sim, porém de maneira informal e ocasional
- Sim, de maneira informal, mas regular
- Sim, de maneira formal e regular

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

- Convida os usuários para as reuniões de planejamento desta unidade
- Apoio financeiro para a participação de reuniões de planejamento junto a esta unidade
- Existência de representante de usuários junto à unidade
- Eleição para representante de usuários junto à unidade
- Estimula a formação de coletivo/comitê de usuários
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

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

- Faixa de fronteira internacional
- Assentamento ou acampamento
- Área com risco de desabamento
- Área com risco de alagamento
- Contornos geográficos que dificultam a mobilidade (rios, montanhas, etc.)
- Moradias irregulares como favelas, invasões, grotas, cortiços, e/ou similares
- Presença de altos índices de criminalidade
- Presença de conflito/violência vinculado ao tráfico de drogas
- Presença de conflito agrário
- Presença de exploração sexual de crianças e adolescentes
- Outras características que contribuem para a vulnerabilidade das famílias. Quais? \_\_\_\_\_

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

- Sim
- Não *(pule para a questão 40)*

**38. 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.
- Comunidades Extrativistas.
- Outros povos e comunidades tradicionais. Quais? \_\_\_\_\_

**39. Este CRAS atendeu povos e comunidades tradicionais? *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não Atendeu")***

- Não atendeu
- Sim, atendeu Povos Indígenas.
- Sim, atendeu Comunidade Quilombola.
- Sim, atendeu Comunidade Ribeirinha.
- Sim, atendeu Povos Ciganos.
- Sim, atendeu Comunidades Extrativistas.
- Sim, atendeu outros povos e comunidades tradicionais.

**40. Este CRAS utiliza o Prontuário SUAS no modelo disponibilizado pelo MDS?**

- Sim
- Não



**BLOCO 8 – ARTICULAÇÃO**

41. 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 com o serviço' 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 usuários encaminhados por este CRAS	Encaminha usuários 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"/>

**BLOCO 9 – RECURSOS HUMANOS**

**42. O coordenador deste CRAS: (Resposta única)**

- exerce exclusivamente a função de coordenador
- acumula as funções de coordenador e de técnico neste CRAS
- acumula as funções de coordenador com outra atividade da Secretaria Municipal de Assistência Social
- não há coordenador neste CRAS

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

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

\* O número de CPF é obrigatório.

**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.**

<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>Função no CRAS</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Serviços</b>
0 – Sem Escolaridade (pular “Serviços/Atividades)	1 – Assistente Social	1 – Comissionado	1 – Apoio Administrativo	1 – Menor que 20 horas semanais	<p><b>Atenção! Informe o Serviço/ Atividade apenas para os profissionais que possuem escolaridade de nível médio completo ou superior.</b></p> <p>1 – Atividades de gestão (administrativo)</p> <p>2 – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);</p> <p>3 – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;</p> <p>4 – Cadastramento e/ou Atualização Cadastral (Cadúnico)</p> <p>5 – Outros</p>
1 – Ensino Fundamental Incompleto (pular “Serviços/Atividades)	2 – Psicólogo	2 – Empregado Público (CLT)	2 – Coordenador(a)	2 – 20 horas semanais	
2 – Ensino Fundamental Completo (pular “Serviços/Atividades)	3 – Pedagogo	3 – Outro vínculo não permanente	3 – Educador (a) Social	3 – 30 horas semanais	
3 – Ensino Médio Incompleto (pular “Serviços/Atividades)	4 – Advogado	4 – Servidor Temporário	4 – Estagiário (a)	4 – 40 horas semanais	
4 – Ensino Médio Completo	5 – Administrador	5 – Servidor Estatutário	5 – Serviços Gerais	5 – Maior que 40 horas semanais	
5 – Ensino Superior Incompleto	6 – Antropólogo	6 – Terceirizado	6 – Cadastrador		
6 – Ensino Superior Completo	7 – Sociólogo	7 – Trabalhador de Empresa, Cooperativa ou Entidade Prestadora de Serviços	7 – Técnico (a) de nível superior		
7 – Especialização	8 – Fisioterapeuta	8 – Voluntário	8 – Outros		
8 – Mestrado	9 – Cientista político	9 – Sem vínculo			
9 – Doutorado	10 – Nutricionista				
	11 – Médico				
	12 – Terapeuta Ocupacional				
	13 – Economista				
	14 – Enfermeiro				
	15 – Analista de sistema				
	16 – Programador				
	17 – Outra formação de nível superior				
	18 – Profissional de nível médio				
	19 – Sem formação profissional				

• 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 do CRAS       Técnico de nível superior do CRAS       Outro

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de Validação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Cargo/Função:**

Secretário Municipal de Assistência Social ou congêneres  
 Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção básica no município.  
 Técnico 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)**