



## MONITORAMENTO SUAS - Censo CRAS 2008

### SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS

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

#### BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO CRAS

##### 1. LOCALIZAÇÃO DO CRAS:

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Endereço do CRAS: \_\_\_\_\_

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

Telefone com DDD: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Localização:  CRAS Urbano  CRAS Rural  CRAS Itinerante (Embarcação)

##### 2. Indique a(s) fonte(s) de financiamento deste CRAS.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Municipal / DF                                 | <input type="checkbox"/> Federal - Piso Básico de Transição MDS |
| <input type="checkbox"/> Estadual                                       | <input type="checkbox"/> Federal - Piso Básico Variável MDS     |
| <input type="checkbox"/> Federal - Piso Básico Fixo MDS (Programa PAIF) | <input type="checkbox"/> Federal – IGD MDS                      |
|   | <input type="checkbox"/> Federal - Outros recursos federais     |

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

#### BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DO CRAS

##### 4. Situação do imóvel onde se localiza o CRAS:

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

##### 5. O imóvel de funcionamento do CRAS é compartilhado? (Marque apenas uma opção)

- Não, é exclusivo para o CRAS
- Compartilhado com Secretaria da Assistência Social ou congênere
- Compartilhado com outra unidade administrativa (*Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura etc*)
- Compartilhado com o Conselho Municipal de Assistência Social
- Compartilhado com Conselho Tutelar
- Compartilhado com CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- Compartilhado com outra unidade pública de serviços da Assistência Social
- Compartilhado com Unidade de Saúde
- Compartilhado com Escola
- Compartilhado com uma Associação Comunitária
- Compartilhado com ONG/Entidade
- Compartilhado com Outros

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

| Salas de Atendimento  | Quantidade  |
|---|---|
| Salas com capacidade inferior a 15 pessoas  | <input type="text"/>                                      |
| Salas com capacidade de 15 a 30 pessoas   | <input type="text"/>                                      |
| Salões com capacidade superior a 30 pessoas   | <input type="text"/>                                      |
| <b>Salas exclusivas de coordenação, equipe técnica ou administração</b><br>(não são salas de atendimento) | <input type="text"/>                                      |
| <b>Banheiros</b>  | <input type="text"/>                                      |
| Demais Ambientes  | Possui?   |
| Recepção  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Cozinha   | <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 |

**7. Este CRAS possui condições de acessibilidade para pessoas idosas ou com deficiência?**

- Sim, em conformidade com a Norma da ABNT (NBR 9050)
- Sim, mas que não estão em conformidade com a Norma da ABNT (NBR 9050)
- Não possui

**8. Indique os equipamentos existentes neste CRAS.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Telefone                                      | <input type="checkbox"/> DVD/Vídeo Cassete                             |
| <input type="checkbox"/> Computador ⇒ Quantidade <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> Fax   |
| <input type="checkbox"/> Impressora                                    | <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos, culturais e esportivos |
| <input type="checkbox"/> Acesso a Internet discada                     | <input type="checkbox"/> Brinquedos                                    |
| <input type="checkbox"/> Acesso a Internet banda larga ou via satélite | <input type="checkbox"/> Datashow                                      |
| <input type="checkbox"/> Equipamento de som                            | <input type="checkbox"/> Máquina Fotográfica                           |
| <input type="checkbox"/> Televisão (TV)                                | <input type="checkbox"/> Veículo                                       |
|  | <input type="checkbox"/> Biblioteca                                    |

**9. Este CRAS possui placa de identificação?**

- Sim, conforme o modelo padronizado pelo MDS
- Sim, com outro modelo
- Não possui

**BLOCO 3 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO, SERVIÇOS E ATENDIMENTOS DO CRAS**

**10. Quantos dias na semana este CRAS funciona:**  dias por semana

**11. Quantas horas por dia este CRAS funciona:**  horas por dia

**12. Indique quais dos serviços abaixo são desenvolvidos neste CRAS:** (marque todos os serviços desenvolvidos neste CRAS)

- Programa de Atenção Integral a Família
- Serviço de Convivência (socioeducativo) para crianças de 0 a 6 anos
- Serviço de Convivência (socioeducativo) para crianças e adolescentes de 6 a 14 anos
- Serviço de Convivência (socioeducativo) para jovens de 15 a 17 anos (*exceto Projovem*)
- ProJovem Adolescente (*apenas quando executado no espaço do próprio CRAS*)
- Serviço de Convivência (socioeducativo) para jovens de 18 a 29 anos
- Serviços de Convivência (socioeducativo) para Idosos
- Serviços de capacitação e inclusão produtiva

**13. Indique as ações e atividades que são realizadas por este CRAS:**

- Recepção e acolhida
- Acompanhamento de famílias
- Acompanhamento de indivíduos
- Grupo/oficina de convivência e atividades socioeducativas com famílias
- Grupo/oficina de convivência e atividades socioeducativas geracionais / intergeracionais
- Visitas Domiciliares
- Busca ativa
- Atividades de inclusão digital
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas
- Encaminhamento para inserção de famílias no Cadastro Único
- Orientação/acompanhamento para inserção do BPC
- Acompanhamento dos encaminhamentos realizados
- Articulação e fortalecimento de grupos sociais locais
- Produção de Material socioeducativo
- Campanhas socioeducativas
- Palestras

**14. Informe o volume aproximado dos atendimentos realizados semanalmente neste CRAS.**

| Atendimentos   | Quantidade aproximada (TOTAL POR SEMANA) |
|--|--|
| Quantidade de entrevistas individual/familiar realizadas <u>por semana</u> ( <i>multiplicar a média diária por 5</i> ) | _ _                                      |
| Quantidade de visitas domiciliares realizadas <u>por semana</u>  | _ _                                      |
| Quantidade de atividades coletivas realizadas <u>por semana</u> ( <i>Grupos de Convivência; Palestras etc.</i> )       | _ _                                      |
| Quantidade de pessoas que participam de atividades coletivas neste CRAS, <u>por semana</u> .                           | _ _                                      |

**15. Quantitativo de Famílias acompanhadas pelo PAIF no mês de junho de 2008.**

| Acompanhamento de Famílias pelo PAIF ( <i>mês de referência – junho 2008</i> )    | Quantidade de Famílias em acompanhamento (JUNHO – 2008) | Informação não disponível ( <i>marque X</i> ) |
|---|---|---|
| Quantidade de famílias em acompanhamento pelo PAIF                                | _ _   | <input type="checkbox"/>                      |
| Quantidade de famílias do <u>Bolsa Família</u> em acompanhamento pelo PAIF        | _ _   | <input type="checkbox"/>                      |
| Quantidade de famílias de beneficiários do <u>BPC</u> em acompanhamento pelo PAIF | _ _   | <input type="checkbox"/>                      |

**16. Quais das situações abaixo possuem maior incidência no território de abrangência deste CRAS.**

**Marque as 4 principais.**

- situações de negligência em relação a idosos
- situações de negligência em relação a crianças
- situações de negligência em relação a pessoas com deficiência
- situações de violência doméstica
- outras situações de violência no território
- crianças e adolescentes fora da escola
- crianças em situação de trabalho infantil
- indivíduos sem documentação civil
- famílias com 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 sexual de crianças e adolescentes
- jovens em situação de vulnerabilidade e risco social

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

- Sim                     Não (*pule para a questão 19*)

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

- Não atende  
 Atende povos indígenas  
 Atende Comunidade Quilombola  
 Atende Comunidade ribeirinha  
 Atende outros povos e comunidades tradicionais.

**BLOCO 4 – INFORMAÇÃO, REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO**

**19. Este CRAS possui diagnóstico do seu território de abrangência?**

- Sim       Não

**20. Quantas famílias em situação de vulnerabilidade residem no território de abrangência deste CRAS?**

Quantidade de Famílias: \_\_\_\_\_ [ ] Não sabe informar

**21. Este CRAS elabora relatório mensal do quantitativo de atendimentos?**

- Sim       Não

**22. Este CRAS mantém arquivo de prontuários? (Marque apenas uma opção)**

- Sim, somente em meio físico (papel)       Sim, em meio eletrônico       Não (pule para a questão 25)

**23. Os prontuários possuem algum modelo padronizado?**

- Sim       Não

**24. Quais informações são sistematicamente registradas no prontuário do usuário:**

- Histórico pessoal/familiar  
 Eventos de violência ou negligência doméstica  
 Condição de pertencimento a Programas ou Benefícios de transferência de renda  
 Encaminhamentos para a rede socioassistencial  
 Encaminhamentos intersetoriais  
 Retorno/acompanhamento dos encaminhamentos realizados  
 Inserção grupo/oficina de Convivência e atividade socioeducativa  
 Visita Domiciliar  
 Entrevista de Acompanhamento familiar  
 Plano de Acompanhamento familiar

**25. Este CRAS possui sistema informatizado para registro de informações?**

- Sim       Não

**26. Indique se este CRAS possui as seguintes listagens: (Em cada linha, marque apenas uma opção)**

| Listagens  | Possui, somente em meio físico (papel) | Possui, em meio eletrônico | Não possui               |
|--|--|----------------------------|--------------------------|
| Listagem de famílias inscritas no Cadastro Único de Programas Sociais do seu território de atuação | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Listagem dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC                              | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Listagem dos beneficiários do PETI   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Listagem dos beneficiários do Programa Bolsa Família   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Listagem das famílias em descumprimento da condicionalidade de educação no Programa Bolsa Família  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Listagem das famílias em descumprimento da condicionalidade de saúde no Programa Bolsa Família     | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

27. Marque na escala abaixo a frequência com que este CRAS utiliza efetivamente as listagens anteriormente assinaladas para as finalidades específicas.

| Finalidade de utilização   | Frequência de utilização |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Nunca                    | Raramente                | Freqüentemente           | Muito freqüentemente     |
| Realizar busca ativa das famílias em descumprimento de condicionalidades do Bolsa Família                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Realizar busca ativa de famílias em situações de vulnerabilidade   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Priorizar atendimento e acompanhamento das famílias inseridas nos programas e benefícios de transferência de renda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Planejar serviços ou atividades ofertados pelo CRAS  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atualizar o diagnóstico do território de abrangência   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

28. No território em que este CRAS está localizado, existe cobertura de quais tipos de conexão para internet?

| TIPOS DE CONEXÃO               | Sim                      | Não                      | Não Sabe                 |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Conexão Discada (via telefone) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conexão Banda Larga (via cabo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conexão Via Satélite           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conexão Via Antena de Rádio    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### BLOCO 5 – ARTICULAÇÃO

29. Indique o grau de articulação efetiva 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)

| ARTICULAÇÃO EFETIVA COM OUTROS SERVIÇOS, PROGRAMAS OU INSTITUIÇÕES | GRAU DE ARTICULAÇÃO      |                          |                          |                          | Item não existente no Município |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
|  | Nenhuma                  | Insatisfatória           | Satisfatória             | Muito Satisfatória       |                                 |
| Demais unidades da Rede de Proteção Social Básica                  | <input type="checkbox"/>        |
| Rede de Proteção Social Especial                                   | <input type="checkbox"/>        |
| Serviços de Saúde  | <input type="checkbox"/>        |
| Serviços Públicos de Educação                                      | <input type="checkbox"/>        |
| Órgãos/serviços relacionados a Trabalho e Emprego                  | <input type="checkbox"/>        |
| Serviços ou Programas de Segurança Alimentar                       | <input type="checkbox"/>        |
| Coordenação Municipal do Programa Bolsa Família                    | <input type="checkbox"/>        |
| Conselho Tutelar   | <input type="checkbox"/>        |
| Conselhos de Políticas Públicas e Defesa de Direitos               | <input type="checkbox"/>        |
| Projetos de Inclusão Digital                                       | <input type="checkbox"/>        |
| Organizações Não Governamentais (ONGs)                             | <input type="checkbox"/>        |

### BLOCO 6 – RECURSOS HUMANOS

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

| NOME | Formação                 | Vínculo                  | Função                   | CPF * | Carga horária SEMANAL |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|-----------------------|
| 1)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                       |
| 2)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                       |
| 3)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                       |
| 4)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                       |
| 5)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                       |
| 6)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                       |
| 7)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                       |
| 8)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                       |
| 9)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                       |
| 10)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                       |
| 11)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                       |
| 12)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                       |

\* O número de CPF é obrigatório.

| <b>Formação</b>  | <b>Tipo de Vínculo</b>   | <b>Função no CRAS</b>  |
|--|--|--|
| 1- Assistente Social<br>2 - Psicólogo<br>3 - Pedagogo<br>4 - Advogado<br>5 - Terapeuta Ocupacional<br>6- Antropólogo ou Sociólogo<br>7 - Administrador ou Economista<br>8 - Médico, Enfermeiro ou Fisioterapeuta<br>9 - Outro profissional de nível superior<br>10 - Profissional de nível médio<br>11 - Profissional de nível fundamental<br>12 - Estagiário cursando graduação | 1- Servidor / Estatutário<br>2 - Empregado Público Celetista<br>3 - Somente comissionado<br>4 - Contrato Temporário com a Prefeitura<br>5 - Terceirizado de Empresa<br>6 - Terceirizado de Cooperativa<br>7 - Terceirizado de ONG<br>8 - Outros vínculos não permanentes | 1-Coordenação<br>2-Técnica de Nível Superior<br>3-Técnica de Nível Médio<br>4- Administrativa<br>5 - Serviços Gerais<br>6 - Estagiário |

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

| <b>Identificação do agente municipal responsável pelas respostas declaradas neste formulário</b>   |                   |                         |
|--|-------------------|-------------------------|
| Nome Legível: _____  |                   |                         |
| CPF: _____   | Assinatura: _____ | Data: ___ / ___ / _____ |
| <b>Cargo/Função:</b>   |                   |                         |
| <input type="checkbox"/> Secretário Municipal de Assistência                                       |                   |                         |
| <input type="checkbox"/> Diretor/Coordenador/Responsável pela área de Proteção Básica no município |                   |                         |
| <input type="checkbox"/> Coordenador deste CRAS  |                   |                         |
| Telefone: (____) _____ Email: _____  |                   |                         |

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