

MONITORAMENTO SUAS



CENSO SUAS 2009

Formulário 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 2009 deverão ser preenchidos durante o período de 17 de setembro até 23 de outubro. Todos os municípios que possuem CRAS devem responder o formulário que está disponível no site 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 um CRAS que apareça na lista de unidades tenha mudado de localização, seu endereço deve ser atualizado ao preencher o formulário eletrônico de 2009. 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* e a *senha* do SUASWEB digitando-os em fonte (letra) toda maiúscula, que é a regra para acesso ao sistema. Se não conseguir, 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 com 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



Censo SUAS - Formulário CRAS 2009

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. Este CRAS é uma unidade com capacidade de atendimento para até:

2.500 famílias referenciadas 3.500 famílias referenciadas 5.000 famílias referenciadas

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

- Municipal / DF
 Estadual
 Federal - Piso Básico Fixo MDS (Programa PAIF)
 Federal - Piso Básico de Transição MDS
 Federal - Piso Básico Variável MDS
 Federal – IGD MDS
 Federal - Outros recursos federais

4. Mês e ano de início do funcionamento deste CRAS: _____/_____(mm/aaaa).

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DO CRAS

5. Situação do imóvel onde se localiza o CRAS:

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

6. 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

7. 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="checkbox"/>
Salas com capacidade de 15 a 30 pessoas	<input type="checkbox"/>
Salões com capacidade superior a 30 pessoas	<input type="checkbox"/>
Salas exclusivas de coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento)	<input type="checkbox"/>
Banheiros	<input type="checkbox"/>
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

8. 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

9. Indique os equipamentos existentes neste CRAS.

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

10. Este CRAS possui placa de identificação?

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

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

11. Quantos dias na semana este CRAS funciona: dias por semana

12. Quantas horas por dia este CRAS funciona: horas por dia

13. Indique quais dos serviços abaixo são desenvolvidos neste CRAS: (marque apenas os serviços executados no próprio 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 15 anos
 Serviço de Convivência (socioeducativo) para jovens de 15 a 17 anos (*exceto Projovem*)
 ProJovem Adolescente (*apenas quando executado no espaço do próprio CRAS*)
 Serviços de Convivência (socioeducativo) para Idosos
 Serviços de capacitação e inclusão produtiva

14. Quantitativo de Famílias acompanhadas pelo PAIF no mês de Agosto de 2009.

Acompanhamento de Famílias pelo PAIF (mês de referência – agosto 2009)	Quantidade de Famílias em acompanhamento (AGOSTO – 2009)	Informação não disponível (marque X)
Quantidade total de famílias em acompanhamento pelo PAIF	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de famílias do Bolsa Família em acompanhamento pelo PAIF	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de famílias de beneficiários do BPC em acompanhamento pelo PAIF	<input type="text"/>	<input type="text"/>

15. Indique as ações e atividades 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/accompanhamento para inserção do BPC
 Acompanhamento dos encaminhamentos realizados
 Articulação e fortalecimento de grupos sociais locais
 Produção de Material socioeducativo
 Campanhas socioeducativas
 Palestras

25. O(s) território(s) de abrangência deste CRAS compreende(m):

- O município inteiro (*pule para questão 27*)
 Toda a zona urbana do município (*pule para questão 27*)
 Toda a zona rural do município (*pule para questão 27*)
 Apenas algum (ns) bairro(s) ou comunidade(s) dentro do município

26. Indique o nome dos Bairros nos quais se localizam o(s) território(s) de abrangência deste CRAS

(Utilize o nome correto dos Bairros no qual se localizam os territórios. Não utilize abreviaturas)

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

27. Este CRAS elabora relatório mensal do quantitativo de atendimentos?

- Sim Não

28. 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 31*)

29. Os prontuários possuem algum modelo padronizado?

- Sim Não

30. 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 em serviço de Convivência e/ou socioeducativo
 Visita Domiciliar
 Entrevista de Acompanhamento familiar
 Plano de Acompanhamento familiar

31. Este CRAS possui sistema informatizado para registro de informações?

- Sim Não

32. 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 das condicionalidades de educação no Programa Bolsa Família	<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"/>

BLOCO 6 – RECURSOS HUMANOS**36. 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.

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

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

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

Nome Legível: _____

CPF: _____ Assinatura: _____ 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 Secretaria Estadual de Assistência Social (ou congênere)