

As informações declaradas pelo agente público neste questionário possuem Fé Pública e constituem registros administrativos Sistema Único de Assistência Social. O fornecimento de informações inverídicas sujeita o agente responsável a sanções administrativas, civis e penais.



## **CENSO SUAS 2012**

### **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 **08 de outubro a 30 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 3433-8650 / 8651 / 8886, 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 2012 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  
 Itinerante (Embarcação)

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. Indique a(s) fonte(s) de financiamento deste CRAS. **(Admite múltiplas respostas)**

- Recursos Municipais  
 Recursos Estaduais  
 Recursos Federais (MDS)

4. Horário de funcionamento: |\_|\_| dias por semana **(seleção)**    |\_|\_| horas por dia **(seleção)**

## BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DO CRAS

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

- 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 múltiplas respostas)**

- Secretaria da Assistência Social ou congêneres  
 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 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 **(Pule para a questão 9)**.
- Entrada / Porta de Acesso
- Recepção
- Cozinha
- Algumas salas de atendimento
- Todas as salas de atendimento
- Salas administrativas
- Banheiros
- Área Externa
- Almojarifado 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 para 5 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 15 a 29 pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Qtde. Total de Banheiros</b>	<input type="text"/>	<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
Almojarifado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Espaço externo no CRAS para atividades de convívio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

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

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"/>

**11. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade neste CRAS? (Admite múltiplas respostas)**

- Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS;  
 Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados para deficientes visuais;  
 Não há outras adaptações.

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

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

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

13.1 Quantidade total de computadores na Unidade	__ __
13.2 Destes, quantos estão conectados à internet	__ __

**14. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente para utilização pelos usuários do CRAS:**

14.1 Quantidade de computadores para utilização pelos usuários	__ __
14.2 Destes, quantos estão conectados à internet	__ __

**15. 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 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERTADOS NESTE CRAS**

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

- Recepção e acolhida  
 Acompanhamento de famílias  
 Acompanhamento prioritário de famílias em descumprimento de condicionalidades do PBF  
 Acompanhamento prioritário dos beneficiários do BPC (idosos)  
 Acompanhamento prioritário dos beneficiários do BPC (pessoas com deficiência)  
 Acompanhamento a famílias integrantes do PETI  
 Acompanhamento a famílias atendidas com benefícios eventuais  
 Atendimento de indivíduos  
 Grupo/oficina de convivência e atividades socioeducativas com famílias  
 Visitas Domiciliares

- Deslocamento da Equipe para atendimento e oferta de serviço em localidades distantes
- Palestras
- Apoio para obtenção de Documentação pessoal
- Orientação/acompanhamento para inserção do BPC
- 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
- Acompanhamento dos encaminhamentos realizados

**Atenção!**

**As responder a questão 17 (17.1, 17.2 e 17.3) e 18 o órgão gestor municipal estará atendendo ao que dispõe a Resolução CIT nº 04/2011, que institui parâmetros nacionais para o registro das informações relativas aos serviços ofertados nos CRAS e CREAS, Art.1º, § 3º e 4º, no que diz respeito à inserção e transmissão por meio de aplicativo eletrônico das informações coletas, no mês de Agosto/2012, nas unidades mencionadas.**

**17. Informe o volume mensal das seguintes ações realizadas no CRAS pelo PAIF (mês de referência: Agosto de 2012)**

<b>Famílias em acompanhamento pelo PAIF</b>	
<b>17.1. Volume de Família em acompanhamento pelo PAIF</b>	<b>Quantidade no mês de Agosto/2012</b>
A.1 Total de famílias em acompanhamento pelo PAIF em Agosto 2012	_ _ _ _  famílias
A.2 Quantidade de novas famílias inseridas em acompanhamento no PAIF durante o mês de Agosto de 2012	_ _ _ _  famílias
<b>17.2. Perfil de famílias inseridas em acompanhamento no PAIF durante o mês de Agosto de 2012</b>	<b>Quantidade no mês de Agosto/2012</b>
B.1 Quantidade de Famílias em situação de extrema pobreza	_ _ _ _  famílias
B.2 Quantidade de Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	_ _ _ _  famílias
B.3 Quantidade de Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, em descumprimento de condicionalidades.	_ _ _ _  famílias
B.4 Quantidade de Famílias com membros beneficiários do BPC	_ _ _ _  famílias
B.5 Quantidade de Famílias com crianças/adolescentes no PETI	_ _ _ _  famílias
B.6 Quantidade de Famílias com adolescentes no Projovem adolescente	_ _ _ _  famílias
<b>Atendimentos Individualizados realizados no CRAS</b>	
<b>17.3. Volume de atendimentos individualizados realizados no CRAS</b>	<b>Quantidade no mês de Agosto/2012</b>
C.1. Total de atendimentos individualizados realizados no mês de Agosto de 2012	_ _ _ _  atendimentos
C.2. Quantidade de Famílias encaminhadas para inclusão no Cadastro Único (ago/2012)	_ _ _ _  famílias
C.3 Quantidade de Famílias encaminhadas para atualização cadastral no Cadastro Único (ago/2012)	_ _ _ _  famílias
C.4 Quantidade de indivíduos encaminhados para acesso ao BPC (ago/2012)	_ _ _ _  indivíduos
C.5 Quantidade de famílias encaminhadas para o CREAS (ago/2012)	_ _ _ _  famílias

17.4 Quantidade de Famílias encaminhadas para outras políticas (ago/2012)	_ _ _ _  famílias
17.5 Total de visitas domiciliares realizadas durante o mês de Agosto de 2012	_ _ _ _  visitas

Atendimentos coletivos realizados no CRAS	
18. Volume dos Serviços de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos	Quantidade
D.1 Famílias participando regularmente de grupos no âmbito do PAIF	_ _ _ _
D.2 Crianças em Serviços de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos para crianças até 6 anos	_ _ _ _
D.3 Crianças/ adolescentes em Serv. de Conv. e Fort. de Vínculos para crianças/adolescentes de 6 a 15 anos	_ _ _ _
D.4 Jovens em Serviços de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos para jovens de 15 a 17 anos	_ _ _ _
D.5 Idosos em Serviços de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos para idosos	_ _ _ _
D.6 Pessoas que participaram de palestras, oficinas e outras atividades coletivas de caráter não continuado	_ _ _ _
D.7 Pessoas com deficiência, participando dos Serviços de Convivência ou dos grupos do PAIF	_ _ _ _

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

**19.1. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças até 6 anos de idade (mês de referência: Agosto de 2012):**

Sim                       Não (*Pule para a questão 19.2*)

Quantidade total de grupos de crianças de até 06 anos neste CRAS	_ _ _
Quantidade total de crianças que participam deste(s) grupo(s)	_ _ _ _
Quantidade total de crianças com deficiência que participam dos grupos	_ _ _ _
Do total de crianças com deficiência, quantas recebem o BPC	_ _ _ _
Quantos dias normalmente cada criança participa das atividades com este(s) Grupo(s) neste CRAS	<input type="checkbox"/> Cinco ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana <input type="checkbox"/> Três vezes por semana <input type="checkbox"/> Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena <input type="checkbox"/> Um dia a cada mês
Total de horas por semana em que, normalmente, cada criança participa dos grupos.	_ _ _
Nestes grupos, com qual frequência há a participação das famílias destas crianças.	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Sem Regularidade Definida <input type="checkbox"/> Nunca

**19.2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos de idade (mês de referência: Agosto de 2012):**

Sim                       Não (*Pule para a questão 19.3*)

Quantidade total de grupos de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos neste CRAS	_ _ _
Quantidade total de crianças e adolescentes de 06 a 15 anos que participam deste(s) grupo(s):	_ _ _ _
Quantidade total de crianças e adolescentes do PETI que participam deste(s) grupo(s)	_ _ _ _

Quantidade total de crianças e adolescentes com deficiência que participam dos grupos	_ _ _ _
Do total de crianças e adolescentes com deficiência, quantos recebem o BPC	_ _ _ _
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 <input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana <input type="checkbox"/> Três vezes por semana <input type="checkbox"/> Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena <input type="checkbox"/> Um dia a cada mês
Total de horas por semana em que, normalmente, cada criança e adolescente participa dos grupos	_ _ _
Estes grupos são formados por crianças e adolescentes:	<input type="checkbox"/> do PETI <input type="checkbox"/> outras crianças e adolescentes <input type="checkbox"/> Misto formado com crianças e adolescentes do PETI e outras crianças/adolescentes
São desenvolvidas atividades com as famílias dos participantes deste(s) grupos de crianças e adolescentes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**19.3. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para jovens adolescentes de 15 a 17 anos de idade (mês de referência: Agosto de 2012):**

Sim  Não (*Pule para a questão 20*)

Quantidade total de grupos/coletivos	_ _ _
Quantidade total de jovens adolescentes que participam deste(s) grupo/coletivo (s):	_ _ _ _
Quantidade total de jovens adolescentes do Projovem que participam deste(s) grupo/coletivo (s):	_ _ _ _
Quantidade total de jovens adolescentes com deficiência que participam dos grupos/coletivos	_ _ _ _
Do total de jovens adolescentes com deficiência, quantos recebem BPC	_ _ _ _
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 <input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana <input type="checkbox"/> Três vezes por semana <input type="checkbox"/> Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena <input type="checkbox"/> Um dia a cada mês
Total de horas por semana em que, normalmente, cada jovem adolescente participa dos grupos/coletivos	_ _ _
Estes grupos são formados por adolescentes ou jovens:	<input type="checkbox"/> Do Projovem Adolescente <input type="checkbox"/> outros jovens adolescentes <input type="checkbox"/> Misto formado com adolescentes do Projovem e outros jovens adolescentes
São desenvolvidas atividades com as famílias dos participantes deste(s) grupos/coletivos de jovens adolescentes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**20. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos (mês de referência: Agosto de 2012):**

Sim  Não (*Pule para a questão 21*)

Quantidade de grupos de idosos neste CRAS	_ _ _
Quantidade total de idosos que participam deste(s) grupo(s):	_ _ _ _
Quantidade total de idosos beneficiários do BPC	_ _ _ _
Quantidade total de idosos com deficiência que participam dos grupos	_ _ _ _
Quantos dias normalmente cada idoso participa de atividades com este(s) Grupo(s) neste CRAS	<input type="checkbox"/> Cinco ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana <input type="checkbox"/> Três vezes por semana <input type="checkbox"/> Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Um dia a cada quinzena <input type="checkbox"/> Um dia a cada mês
Total de horas por semana em que, normalmente, cada idoso participa dos grupos	_ _ _
São desenvolvidas atividades com as famílias dos participantes deste(s) grupos de idosos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**21. Este CRAS realizou no mês de Agosto de 2012 grupos no âmbito do PAIF?**

Sim       Não *(Pule para a questão 23)*

**22. Informe o volume mensal das seguintes ações relacionadas a grupos/coletivos realizadas no CRAS pelo PAIF: (mês de referência: Agosto de 2012):**

<b>Quantidade de grupos do PAIF ofertados neste CRAS em Agosto/2012</b> (não devem ser considerados os grupos de inclusão produtiva e de convivência para crianças, jovens e idoso)	_ _
Quantidade total de famílias participando regularmente dos grupos em Agosto/2012	_ _ _ _
Quantidade total de mulheres que participaram dos grupos em Agosto/2012	_ _ _ _
Total de horas por semana utilizadas para oferta dos grupos PAIF em Agosto/2012	_ _
Principais temáticas abordadas nos grupos (Admite múltiplas respostas) <input type="checkbox"/> Direito à transferência de renda e benefícios assistenciais <input type="checkbox"/> Direito a Documentação Civil Básica (certidão de nascimento, CPF, RG, título eleitoral): <input type="checkbox"/> Direito a cultura e lazer: <input type="checkbox"/> Direito das Mulheres <input type="checkbox"/> Direitos das pessoas com deficiência <input type="checkbox"/> Direito à Alimentação <input type="checkbox"/> Os direitos das famílias <input type="checkbox"/> As especificidades do ciclo vital dos membros das famílias <input type="checkbox"/> Cuidar de quem cuida <input type="checkbox"/> O uso de álcool e/ou outras drogas na família <input type="checkbox"/> Problemas e soluções do território	

**23. Este CRAS oferta grupos de famílias do PAIF com temas diferentes dos relacionados nos blocos temáticos acima?**

Não       Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_.

**24. 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 26)*

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

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

**26. Este CRAS desenvolve estratégias específicas para inclusão de pessoas com deficiência nos serviços desta unidade? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar 'Não')**

- Não (*pule para a questão 27*)  
 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.

#### **BLOCO 4 – GESTÃO DO TERRITÓRIO**

**27. O território de abrangência deste CRAS compreende: (Resposta Única)**

- O município inteiro ou o Distrito Federal inteiro (*pule para questão 29*)  
 Apenas algum(ns) bairro(s) ou comunidade(s) dentro do município ou do Distrito Federal

**28. Indique o nome do(s) bairro(s) ou comunidade(s) 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)

**29. Dos bairros que constituem o território de abrangência deste CRAS, quantos estão situados na zona rural?**

- Todos  
 Alguns  
 Nenhum

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

- Sim  Não (*pule para a questão 32*)

**31. Caso sim, especifique o tipo de área de localização do(s) território(s) atendido(s) por esta equipe?**

- Áreas rurais  
 Áreas urbanas

**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. Caso sim, quais informações são descritas neste documento? (Admite múltiplas respostas)**

- 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  
 Condições Habitacionais (habitações precárias, deficiência de acesso à água tratada, deficiência de coleta de resíduos sólidos (lixo), esgotamento sanitário).

**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**

**A soma dos itens deve ser igual 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 os objetivos das ações de busca ativa realizadas pela Equipe deste CRAS?**

- |\_\_| Inclusão no CadÚnico
- |\_\_| Atualização do CadÚnico
- |\_\_| Inclusão no Programa Bolsa Família (PBF)
- |\_\_| Inclusão do Benefício de Prestação Continuada (BPC)
- |\_\_| Inclusão no acompanhamento familiar do PAIF
- |\_\_| Inclusão nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos executados no CRAS
- |\_\_| Outros
- |\_\_| Não são realizadas ações de busca ativa neste CRAS *(pule para a questão 39).*

**38. Quais das estratégias abaixo são utilizadas para apoio das ações de busca ativa realizadas pela Equipe deste CRAS? *(Admite múltiplas respostas).***

- |\_\_| Visitas Domiciliares
- |\_\_| Deslocamento da equipe de referência para conhecimento do território
- |\_\_| Realização de contatos com atores sociais locais (líderes comunitários, associações de bairro, etc.)
- |\_\_| Realização de contatos com atores dos serviços socioassistenciais e setoriais para obtenção de informações
- |\_\_| Distribuição de panfletos
- |\_\_| Colagem de cartazes
- |\_\_| Envio de Correspondências
- |\_\_| Utilização de carros de som
- |\_\_| Outros.

**39. Quais das situações abaixo são mais frequentemente identificadas no território de abrangência deste CRAS. Marque as 6 principais situações**

- |\_\_| 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 contra homens *(A violência contra homens constitui violência doméstica e não urbana)*
- |\_\_| Situações de violência contra crianças
- |\_\_| Situações de violência contra idosos
- |\_\_| 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
- |\_\_| Famílias em serviço de Acolhimento Institucional.

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

- |\_\_| Sim
- |\_\_| Não *(pule para a questão 43)*

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

- Não atende (*pule para a questão 43*)  
 Sim, atende Povos Indígenas.  
 Sim, atende Comunidade Quilombola.  
 Sim, atende Comunidade Ribeirinha.  
 Sim, atende Povos Ciganos.  
 Sim, atende Comunidades Extrativistas.  
 Sim, atende outros povos e comunidades tradicionais.

**42. 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.

**43. Indique se este CRAS possui as listas abaixo indicadas e com qual objetivo as utiliza: (*Admite múltiplas respostas, exceto se marcar que 'Não Possui'*)**

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"/>

**44. Indique quais sistemas informatizados do Governo Federal este CRAS tem acesso: (*Admite múltiplas respostas, 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"/>

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

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

**46. 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

**BLOCO 5 – ARTICULAÇÃO**

**47. Indique as ações de articulação deste CRAS com os seguintes serviços, programas ou instituições existentes no município: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar que o 'não possui articulação com o serviço' ou que ele 'não existe no município')**

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"/>
Órgãos responsáveis pela aquisição de documentação civil 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"/>
Serviços ou Programas de Segurança Alimentar	<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 ou Programas de Segurança Pública	<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"/>
Coordenação Municipal do Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conselhos de Políticas Públicas e Defesa de Direitos	<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"/>
Programas ou Projetos de Inclusão Digital	<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"/>
Organizações Não Governamentais (ONGs)	<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 6 – RECURSOS HUMANOS****48. 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

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

NOME	Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	CPF *	RG			Sexo	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL
			Número	Órgão Emissor	UF						
1)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>				
2)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>				
3)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>				
4)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>				
5)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>				
6)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>				
7)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>				
8)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>				
9)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>				
10)	__/__/__					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>				

\* 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>
0. Sem Escolaridade	1 - Assistente Social	1 - Comissionado	1- Apoio Administrativo	1 - Menor que 20 horas semanais
1. Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicólogo	2 - Empregado Público (CLT)	2 –Coordenador(a)	2 - 20 horas semanais
2. Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagogo	3 - Outro vínculo não permanente	3 – Educador (a) Social	3 - 30 horas semanais
3. Ensino Médio Incompleto	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 -Técnico (a) de nível médio	
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. 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 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)**