

# MONITORAMENTO SUAS



## CENSO SUAS 2010

### Questionário CREAS

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

Os formulários eletrônicos do Censo SUAS 2010 dos CREAS deverão ser preenchidos durante o período de 09 de setembro até 01 de outubro. Todos os municípios que possuem CREAS *Municipal* e/ou *Regional* devem responder o formulário que está disponível no site [www.mds.gov.br/suas](http://www.mds.gov.br/suas) pelo link “*Monitoramento SUAS*”, inclusive aqueles municípios que já implantaram esta unidade, mas ainda não recebem o co-financiamento federal.

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

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

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

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

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

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO  
PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

**BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO CREAS****1. Identifique o CREAS:**

Nome que identifica o CREAS: \_\_\_\_\_

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

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

Localização:  Urbano central  
 Urbano periférico  
 Rural  
 Itinerante (Embarcação)

Tipo de CREAS:  Municipal  Regional**Apenas para os CREAS Regionais:****1) Informe o nome dos municípios referenciados oficialmente a este CREAS Regional:**

1)	6)	
2)		
3)		
4)		
5)		

**2) Quais critérios foram utilizados para definir o município Sede? (aceita múltiplas respostas)**

- Tamanho da População  
 incidência de riscos e violações  
 Facilidade de acesso para os municípios referenciados  
 Localização de órgãos de defesa de direitos (Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, outros)  
 Rede de serviços socioassistenciais e /ou das demais políticas públicas  
 Regionalização já existente de oferta de serviços de outras políticas públicas  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_.

**3) Quais critérios foram utilizados para definir os municípios referenciados a este CREAS Regional?***(aceita múltiplas respostas)*

- Realização de diagnóstico  
 Distância em relação ao município sede  
 Incidência de riscos e violações  
 Municípios da mesma Comarca  
 Tamanho da população dos municípios  
 Solicitação/indicação dos órgãos de defesa de direitos (Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, outros)  
 Divisão administrativa do Governo do Estado  
 Estudo e planejamento estadual para Regionalização do SUAS  
 Regionalização já existente de oferta de serviços de outras políticas públicas  
 Iniciativa/solicitação dos próprios municípios  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_.

**4) A organização regional deste CREAS está oficialmente formalizada?**

- Sim, de forma documentada e pactuada na CIB  
 Sim, de forma documentada, mas não pactuada na CIB  
 Não

**5) Indique abaixo como se dá o repasse de recursos financeiros pelo Estado para manutenção e funcionamento dos serviços deste CREAS Regional:**

- Não há repasse de recursos pelo Estado, pois os serviços são desenvolvidos pelo próprio Estado  
 Repasse de recursos do Estado para o município sede via celebração de convênio

- Repasse de recursos do Estado para o município sede via fundo-a-fundo, de forma regular e automática.  
 Repasse via consórcio público entre Estado e municípios

**6) A gestão técnica e administrativa deste CREAS é realizada pelo:** *(marque apenas uma opção)*

- Município Sede  
 Estado  
 Compartilhada entre municípios envolvidos  
 Compartilhada entre Estado e municípios sede

**2. Indique a(s) fonte(s) de financiamento deste CREAS: (admite múltipla marcação)**

- Recursos Municipais  
 Recursos Estaduais  
 Recursos Federais (MDS)  
 Recursos Federais de outros órgãos (SDH, SPM, dentre outros)  
 Outros recursos

**3. Horário de funcionamento:**  dias por semana  
 horas por dia

## BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DO CREAS

**4. Situação do imóvel onde se localiza o CREAS:** *(marque apenas um opção)*  
***(Esta questão deve ser respondida, preferencialmente, pelo órgão gestor)***

- próprio da Prefeitura Municipal  
 alugado pela Prefeitura Municipal  
 alugado pelo Governo Estadual  
 próprio do Governo Estadual, cedido para a Prefeitura Municipal  
 cedido para a Prefeitura Municipal por outros que não o Governo Estadual  
 outros

**5. O imóvel de funcionamento deste CREAS é compartilhado?**

- Sim  Não *(pule para a questão 8)*

**6. Especifique o tipo de unidade com a qual este CREAS compartilha o imóvel. (admite múltipla marcação)**

- Secretaria da Assistência Social ou congênere  
 Outra unidade administrativa *(Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura etc)*  
 Conselho Municipal de Assistência Social  
 Conselho Tutelar  
 CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
 Unidade de Acolhimento institucional (Abrigo)  
 Outra unidade pública de serviços da Assistência Social  
 Unidade de Saúde  
 Escola  
 ONG/Entidade/ Associação Comunitária  
 Delegacia Especializada  
 Outro órgão de defesa de direitos  
 Outros

**7. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre o CREAS e a outra Unidade. (admite múltipla marcação, exceto se marcar a primeira opção)**

- Apenas o endereço é o mesmo, mas todos os espaços do CREAS são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada.  
 Entrada / Porta de Acesso  
 Recepção  
 Algumas salas de atendimento  
 Todas as salas de atendimento  
 Salas administrativas  
 Banheiros  
 Copa/cozinha  
 Área Externa  
 Almojarifado ou similar

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

Salas utilizadas para Atendimento Individual ou Coletivo	Quantidade de Salas
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	_ _
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	_ _
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 30 pessoas	_ _
Quantidade de Salas com capacidade superior a 30 pessoas	_ _
<b>Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)</b>	_ _
<b>Banheiro</b>	_ _
Demais Ambientes	Possui?
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cozinha/Copa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Almoxarifado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço externo no CREAS para atividades de convívio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Condições de acessibilidade apresentadas:	SIM De acordo com a Norma da ABNT	SIM Mas, não estão de acordo com a Norma da ABNT	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção do CREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos principais espaços do CREAS (recepção, sala de atendimentos e sala(s) 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 CREAS: (admite múltipla marcação):**

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

**11. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente neste CREAS:**

Quantitativo de computadores
Quantidade total de computadores no CREAS
Quantos estão conectados à internet

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

- Não  
 Sim, em outras Instituições Públicas  
 Sim, no domicílio dos profissionais do CREAS  
 Sim, em *Lan House*  
 Sim, em ONGs/Entidades Privadas

**13. Este CREAS possui placa de identificação? (NÃO admite múltipla marcação)**

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

**BLOCO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERTADOS NESTE CREAS**

14. Indique, no quadro abaixo, quais situações são atendidas pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI neste CREAS:

SITUAÇÕES	Crianças, Adolescentes	Mulheres adultas	Homens adultos	Idosos	Não atende este tipo de situação
Violência física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violência psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exploração sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negligência ou abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tráfico de pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situação de rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminação em decorrência da orientação sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discriminação em decorrência da raça/etnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famílias com crianças, adolescentes e/ou idosos (as) afastados do convívio familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famílias com descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI em decorrência de violação de direitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Indique as ações e atividades realizadas pelos profissionais deste CREAS no âmbito do PAEFI: (admite múltipla marcação)

- Entrevistas de acolhida para avaliação inicial dos casos
- Atendimento psicossocial em grupo
- Atendimento psicossocial individual/familiar
- Construção de Plano Individual e/ou Familiar de atendimento
- Acompanhamento às famílias ou aos indivíduos encaminhados para a rede
- Acompanhamento de famílias com criança/adolescente ou idoso afastados do convívio familiar
- Orientação jurídico-social
- Reuniões com grupos de famílias ou de indivíduos
- Visitas domiciliares
- Palestras/ oficinas
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviços socioassistenciais
- Encaminhamento de usuários/dependentes de substâncias psicoativas para serviços da rede de saúde
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outros serviços da rede de saúde
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para serviços das demais políticas públicas
- Encaminhamento para o Conselho Tutelar
- Encaminhamento para órgãos de defesa e responsabilização
- Ações de mobilização e sensibilização para o enfrentamento das situações de violação de direitos
- Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em acompanhamento
- Discussão de casos com outros profissionais da rede
- Busca ativa
- Outros

16. No âmbito do PAEFI este CREAS desenvolve atividades com autores de agressão de violência intrafamiliar?

- Sim       Não

**17. Informe o volume de atendimentos realizados pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a famílias e Indivíduos (PAEFI) neste CREAS, conforme o quadro abaixo:**

Atendimento	Quantidade total de casos no ano de 2009	Quantidade de Casos no mês de AGOSTO 2010
Quantidade total de casos em acompanhamento pelo PAEFI	____ casos	____ casos
Violência física ou psicológica contra criança/adolescente	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende
Abuso ou Exploração Sexual contra criança/adolescente	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende
Negligência contra criança/adolescente	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende
Violência ou negligência contra idoso	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende
Violência ou negligência contra pessoa com deficiência	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende
Violência contra mulheres	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende
Tráfico de pessoas	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende
Discriminação/violência em decorrência da orientação sexual	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende
Discriminação/violência em decorrência da raça/etnia	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende
Situação de rua	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende
Trabalho infantil	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende	____ ( ) Não Sabe ( ) Não atende

**18. Do total de casos em acompanhamento no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a famílias e Indivíduos – PAEFI neste CREAS, especifique:**

	Quantidade Mensal
Quantidade total de casos (famílias/indivíduos) que <u>ingressaram</u> no acompanhamento do PAEFI <u>no mês de agosto de 2010</u>	____ ( ) Não Sabe
Quantidade total de casos (famílias/indivíduos) que <u>foram desligados</u> do acompanhamento do PAEFI <u>no mês de agosto de 2010</u>	____ ( ) Não Sabe

**19. Este CREAS realiza o Serviço Especializado em Abordagem Social?**

Sim  Não (pule para a questão 23)

**20. Caso sim, a equipe deste CREAS realiza a abordagem social: (NÃO admite múltipla marcação)**

- Apenas com crianças e adolescentes  
 Apenas com população adulta  
 Com crianças, adolescentes e população adulta

**21. Quantos dias por semana este CREAS realiza a abordagem social:**

dias por semana ( ) Sem frequência regular

**22. Em quais períodos do dia costuma ser realizada a abordagem social:**

Diurno  Noturno  Ambos

**23. Este CREAS realiza o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC):**

Sim  Não (pule para a questão 32)

**24. Caso sim, o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) está inscrito no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA)?**

Sim  Não

**25. A equipe técnica responsável pelo Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) é exclusiva deste serviço?**

Sim  Não

**26. Quantidade de adolescentes sob acompanhamento de medida socioeducativa de LA, neste CREAS:**

Quantidade total de adolescentes em cumprimento de LA atendidos no ano de 2009 ( ) Não sabe ( ) Não realizava.

Quantidade total de adolescentes em cumprimento de LA atendidos no ano de 2010.

**27. Indique abaixo a frequência com que, normalmente, cada adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de LA é atendido neste CREAS: (NÃO admite múltipla marcação)**

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral

**28. Indique as ações e atividades realizadas pelos profissionais deste CREAS no âmbito da LA (admite múltipla marcação)**

- Elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente
- Atendimento individual do adolescente
- Atendimento do adolescente em grupos
- Atendimento da família do adolescente em cumprimento de medida de LA
- Atendimento com grupos de famílias do adolescente em cumprimento de medida de LA
- Visita domiciliar
- Encaminhamento do adolescente para o sistema educacional
- Acompanhamento da frequência escolar do adolescente
- Encaminhamento para o Projovem Adolescente
- Encaminhamento do adolescente e sua família para outros serviços e programas da rede socioassistencial
- Encaminhamento para serviços da rede de saúde para atendimento de usuários/dependentes de substâncias psicoativas
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outros serviços da rede de saúde
- Encaminhamento do adolescente e sua família para serviços de outras políticas setoriais
- Encaminhamento do adolescente para cursos profissionalizantes
- Elaboração e encaminhamento de relatório para a Justiça da Infância e da Juventude ou Ministério Público
- Elaboração e encaminhamento de relatórios periódicos para o órgão gestor da assistência social no município

**29. As atividades socioeducativas para adolescentes em cumprimento de LA são desenvolvidas (admite múltipla marcação)**

- Por unidades de políticas setoriais
- Por ONGs/Entidades
- Pelo CREAS
- Por outras unidades da rede socioassistencial

**30. Quantidade de adolescentes sob acompanhamento de medida socioeducativa de PSC, neste CREAS:**

Quantidade total de adolescentes em cumprimento de PSC atendidos no ano de 2009 ( ) Não sabe ( ) Não realizava

Quantidade total de adolescentes em cumprimento de PSC atendidos no mês de Agosto de 2010

**31. Indique abaixo a frequência com que, normalmente, cada adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de PSC é atendido neste CREAS: (NÃO admite múltipla marcação)**

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral

**32. Indique os órgãos que identificam locais para o cumprimento, pelo adolescente, da medida socioeducativa de PSC neste município: (admite múltipla marcação)**

- Justiça da Infância e da Juventude
- Ministério Público
- Órgão Gestor Municipal de Assistência Social
- CREAS

**33. Indique as ações e atividades realizadas pelos profissionais deste CREAS no âmbito do PSC (admite múltipla marcação)**

- Elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente
- Encaminhamento do adolescente para os locais de prestação de serviços comunitários
- Atendimento individual do adolescente
- Atendimento do adolescente em grupos
- Atendimento da família do adolescente em cumprimento de medida de PSC
- Atendimento com grupos de famílias do adolescente em cumprimento de medida de PSC
- Visita domiciliar
- Encaminhamento do adolescente para o sistema educacional
- Acompanhamento da frequência escolar do adolescente
- Encaminhamento para o Projovem Adolescente
- Encaminhamento do adolescente e sua família para outros serviços e programas da rede socioassistencial
- Encaminhamento para serviços da rede de saúde para atendimento de usuários/dependentes de substâncias psicoativas
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outros serviços da rede de saúde
- Encaminhamento do adolescente e sua família para serviços de outras políticas setoriais
- Encaminhamento do adolescente para cursos profissionalizantes
- Elaboração e encaminhamento de relatório para a Justiça da Infância e da Juventude ou Ministério Público
- Elaboração e encaminhamento de relatórios periódicos para o órgão gestor da assistência social no município

**BLOCO 4 – GESTÃO**

**34. Para implantação e/ou para o desenvolvimento das atividades neste CREAS, foi elaborado diagnóstico das situações de risco e violação de direitos existentes no território?**

- Sim       Não

**35. Enumere as cinco principais origens de encaminhamento das famílias/indivíduos para o PAEFI/CREAS, ordenado-as de 1 a 5. Atribua o número 1 para a mais freqüente e assim sucessivamente até o numero 5.**

- Poder Judiciário
- Ministério Público
- Conselho Tutelar
- Delegacia
- CRAS
- PETI
- Abordagem Social/Busca Ativa
- Serviços de acolhimento (abrigo e outros)
- Outros serviços da rede socioassistencial
- Serviços da rede de saúde
- Serviços da rede das demais políticas públicas
- Demanda espontânea da família e/ou do indivíduo

**36. Neste CREAS funciona disque-denúncia ou similar?**

- Sim       Não

**37. Este CREAS atende público de outro município?**

- Sim       Não

**38. Este CREAS desenvolve alguma atividade específica para usuários/dependentes de substâncias psicoativas (acompanhamento familiar, apoio à reinserção social, dentre outras)?**

- Sim       Não (pule para a questão 39)

**39. Caso afirmativo, estas atividades são desenvolvidas em parceria/articulação com a rede de saúde?**

- Sim       Não

**40. Indique as ações e atividades relativas à gestão realizadas neste CREAS: (admite múltipla marcação)**

- Produção de Material socioeducativo
- Participação em campanhas de prevenção e enfrentamento às situações de violação de direitos
- Mapeamento da rede socioassistencial
- Mapeamento dos órgãos de defesa de direitos
- Acompanhamento dos encaminhamentos realizados para a rede
- Elaboração de relatório periódico do quantitativo dos atendimentos realizados
- Manutenção de arquivo de prontuários em meio físico (papel)
- Manutenção de arquivo de prontuários em meio eletrônico
- Registro periódico de informações em sistema informatizado
- Participação na construção de fluxos entre os serviços da Proteção Especial e da Proteção Básica
- Participação na construção de fluxos com a saúde
- Participação na construção de fluxos com órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
- Participação em Comissões/Fóruns/ Comitês locais de defesa e promoção de direitos
- Reuniões de equipe para discussão e avaliação das atividades desenvolvidas
- Construção de indicadores de avaliação sobre a oferta dos serviços no CREAS
- Pesquisas de satisfação dos usuários
- Grupos de Estudo
- Discussão de casos em equipe





## BLOCO 6 – RECURSOS HUMANOS

### 42. O coordenador deste CREAS: (NÃO admite múltipla marcação)

exerce exclusivamente a função de coordenador

acumula as funções de coordenador e de técnico neste CREAS

acumula as funções de coordenador com outra atividade da Secretaria Municipal de Assistência Social

não há coordenador neste CREAS

### 43. Indique a nome, sexo, escolaridade, formação, vínculo, função, CPF e carga horária semanal de cada membro da equipe deste CREAS, conforme quadros abaixo:

NOME	Sexo	Escolaridade	Formação	Vínculo	Função	CPF *	Carga horária SEMANAL
1)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

\* O número de CPF é obrigatório.

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

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

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

Nome Legível: \_\_\_\_\_

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

**Cargo/Função:**

Coordenador do CREAS

Técnico de nível superior do CREAS

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

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 social especial no município ou estado.

Secretário Municipal de Assistência Social ou congênere

Técnico da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congênere

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

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)**