

# CENSO SUAS 2022

Secretaria Nacional de Assistência Social

## Questionário Unidades executoras do Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>.

O Serviço de Acolhimento Familiar em Família Acolhedora organiza o acolhimento de **crianças e adolescentes** afastados da família por medida de proteção por determinação do Poder Judiciário, em residência de famílias acolhedoras cadastradas. É previsto até que seja possível o retorno à família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para adoção. Família Acolhedora para Idosos e Alocação de crianças/adolescentes em família extensa (Guarda Subsidiada) não preenchem este questionário

Para mais informações, acesse a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistencial: [clique aqui](#)

No caso de abrigos pertencentes ao governo estadual (execução direta ou por convênio), caberá à Secretaria Estadual coletar e preencher as informações.

Deverão ser coletadas informações sobre **todas** as unidades que ofertam Serviços de Acolhimento vinculados à política de assistência social, inclusive de entidades que **não possuem convênio** com o poder público

*O questionário pode ser preenchido diretamente no sistema eletrônico, ou ainda pode ser preenchido primeiramente no papel, assinado pelo agente público responsável e armazenado. É recomendável que todas as informações necessárias estejam em mãos durante acesso ao sistema.*

### Senha de Acesso/Perfil para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2022 os responsáveis necessitarão utilizar o **login e a senha do gov.br** (<https://sso.acesso.gov.br/login>) e perfil de acesso adequado junto ao Sistema de Autenticação e Autorização (SAA).

- ❖ Verifique o documento “Orientações sobre senhas/perfis” em Orientações Adicionais na página inicial do Censo SUAS

Em caso de dúvidas, encaminhe-as em ordem de preferência:

- ✓ Chat: <http://chat.mdsvector.site/chat-mds/index.php>
- ✓ E-mail: [vigilanciasocial@cidadania.gov.br](mailto:vigilanciasocial@cidadania.gov.br)
- ✓ Pelo telefone: 121
- ✓ Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>
- ✓ Ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133

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

**BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS**

Nome da Unidade: \_\_\_\_\_  
Informe o Tipo de Logradouro (rua, avenida, praça, rodovia etc.) \_\_\_\_\_  
Endereço (nome da rua, da avenida etc.): \_\_\_\_\_  
Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Ponto de Referência: \_\_\_\_\_  
CEP: |\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_| Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
DDD – Telefone: |\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Ramal: |\_|\_|\_|\_| Fax: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Data de Implantação da unidade: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_| (dd/mm/aaaa)

**BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE****1. Indique o público atendido: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)**

- Crianças/adolescentes  
 Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência

**2. Indique a Natureza da Unidade: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)**

- Governamental **(pule para questão 6)**  
 Não Governamental/Organização da Sociedade Civil

**3. Em caso de Entidade Não Governamental/Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ:**

|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_| (caso necessário, atualize no CADSUAS)

**4. Esta entidade possui convênio/termo de parceria ou outra forma de contratualização com o poder público? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar “não” ou “não sabe informar”)**

- Sim, com o Estado (governo estadual)  
 Sim, com o município no qual esta unidade se localiza (com a prefeitura na qual a sede da unidade se localiza)  
 Sim, com outros municípios  
 Não  
 Não sabe informar

**5. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) a entidade possui inscrição/registro: (admite múltipla resposta)**

A inscrição/registro é a autorização de funcionamento concedida pelos conselhos para projetos/atividades de políticas públicas específicas. Esta pergunta não se refere a participação de pessoas em conselhos, mas de inscrição/registro da entidade nestes Conselhos. Pode ser Municipal/Distrital/Estadual

- Conselho de Assistência Social **(caso seja “governamental”, não marque este item)**  
 Conselho de Direitos da Criança e Adolescente  
 Outros. Qual? \_\_\_\_\_  
 Em nenhum Conselho

**6. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (marcação do sistema)**

- Estadual  Municipal **(pule para questão 8)**

**7. Em caso de unidades estaduais, esta unidade possui municípios vinculados conforme os parâmetros estabelecidos pela Resolução CIT nº 31/2013?**

A Resolução CIT nº 31/2013 estabelece parâmetros para a regionalização das unidades de acolhimento. Em caso de dúvidas, entre em contato com a equipe de Proteção Social Especial ou de Vigilância Socioassistencial do seu Estado.

- Sim  Não

8. Esta unidade pertence/ trabalha para um Consórcio de Municípios?

Sim  Não

9. Este Serviço é regulamentado? (resposta única)

Sim, por Lei

Sim, por outro instrumento normativo

Sim, por Decreto

Não

10. Em que ano este Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora foi implantado? |\_|\_|\_|\_|

11. Existe repasse de subsídio financeiro para as famílias acolhedoras deste serviço?

Sim  Não (pule para a questão 13)

12. Qual é o valor mensal do subsídio financeiro repassado às famílias, por criança/adolescente?

R\$|\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  Não sabe

13. Esta unidade possui delimitação do perfil de acolhidos? (resposta única)

Sim, crianças na primeira infância (0 a 6 anos de idade)

Sim, crianças/adolescentes com deficiência

Sim, outros. Qual? \_\_\_\_\_

Não

14. Há famílias acolhedoras que aceitam acolher grupo de crianças/adolescentes com grupo de irmãos/vínculos afetivos? (marcação única)

Sim, acolhem sempre que há demanda

Sim, acolhem algumas vezes

Não acolhem

### BLOCO 3 – CARACTERÍSTICAS DAS(OS) ACOLHIDAS(OS)

15. Neste momento, quantas crianças/adolescentes estão sendo acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora? (Caso não tenha, marcar 0. Utilize como referência a semana do preenchimento do questionário)

|\_|\_|\_|\_|

16. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes foram acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora? (Caso não tenha, marcar 0)

|\_|\_|\_|\_|

Não Sabe

17. Informe o sexo e faixa etária das crianças/adolescentes que estão acolhidas por meio do Serviço de Família Acolhedora neste momento: (Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 15. Caso não tenha, marcar 0)

Sexo	Quantidade de crianças e adolescentes acolhidas, segundo as faixas etárias (anos de idade)							Total
	0 a 2	3 a 5	6 a 11	12 a 13	14 a 15	16 a 17	Acima de 18	
Masculino	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Feminino	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

18. Das crianças/adolescentes ATUALMENTE acolhidas nesta unidade, quantas delas vieram encaminhadas de outras localidades? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 15)

	Quantidade de pessoas	Não Sabe
Vieram de outro município do estado	_ _ _	<input type="checkbox"/>
Vieram de outros estados	_ _ _	<input type="checkbox"/>
Vieram de outros países (refugiada(o)/imigrante)	_ _ _	<input type="checkbox"/>

19. Das crianças/adolescentes que estão acolhidas neste momento, informe o tempo que estão no serviço: *(Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 15. Caso não tenha, marcar 0)*

Tempo de acolhimento	Quantidade de pessoas
Menos de 1 Mês	_ _ _
De 1 a 3 meses	_ _ _
De 4 a 6 meses	_ _ _
De 7 a 12 meses	_ _ _
De 13 a 18 meses	_ _ _
De 19 a 24 meses	_ _ _
De 25 a 48 meses	_ _ _
De 49 a 72 meses	_ _ _
Mais de 72 meses (mais de 6 anos)	_ _ _
Total de Pessoas Acolhidas	_ _ _

20. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes desta unidade: *(Atenção! Caso não tenha, marcar 0)*

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
Retornaram às suas famílias de naturais/família de origem (pai e/ou mãe)	_ _ _	_
Retornaram às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)	_ _ _	_
Foram encaminhadas a famílias adotivas	_ _ _	_
Vieram transferidos de outras unidades de acolhimento	_ _ _	_
Deixaram a Unidade encaminhados para outras unidades de acolhimento	_ _ _	_
Foram desligados por completarem 18 anos	_ _ _	_

21. **ATUALMENTE**, quantas crianças/adolescentes desta unidade: *(Atenção! Caso não tenha, marcar 0 - A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 15)*

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido reintegradas às suas famílias de naturais/família de origem (pai e/ou mãe)	_ _ _	_
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido reintegradas às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)	_ _ _	_
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido encaminhadas a famílias adotivas	_ _ _	_

22. **ATUALMENTE**, das crianças/adolescentes acolhidas nesta unidade, quantas: *(Caso não tenha, marcar 0 - A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 15)*

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
São filhas(os) de pais privados de liberdade (encarcerados)	_ _ _	_
São filhas(os) de pais adolescentes	_ _ _	_
Estão aptas a adoção	_ _ _	_
Estão ameaçadas de morte	_ _ _	_
Participam de Programa de Apadrinhamento Afetivo	_ _ _	_

23. Caso seja um serviço para crianças e adolescentes, quantas famílias de origem são beneficiárias do PBF? *(Caso não tenha, marcar 0- A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 15)*

|\_|\_|\_| Quantidade de famílias beneficiárias do PBF

|\_|\_| Não sabe informar

## BLOCO 4 – SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

24. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pelo serviço: *(admita múltipla resposta, exceto se marcar “Não realiza nenhuma das atividades acima”)*

- Atividades de mobilização, tais como anúncios, panfletos, entre outros
- Palestras/oficinas
- Seleção e Preparação das famílias candidatas
- Capacitação das famílias
- Identificação da família extensa ou ampliada
- Estudo diagnóstico das crianças/adolescentes para inclusão no serviço
- Encaminhamento para retirada de documentos
- Preparação da criança/adolescente para entrada no serviço
- Aproximação supervisionada entre a criança/adolescente e família acolhedora
- Atendimento psicossocial individualizado da criança/adolescente
- Acompanhamento escolar
- Acompanhamento na saúde
- Viabilização de encontro com a família de origem quando autorizado
- Construção de um plano de acompanhamento da família acolhedora
- Atendimento psicossocial individualizado da família acolhedora
- Reuniões em grupo com as famílias acolhedoras
- Construção de um plano de acompanhamento da família de origem
- Atendimento psicossocial individualizado da família de origem
- Reuniões em grupo com as famílias de origem
- Visitas domiciliares
- Elaboração de relatórios técnicos
- Envio de relatório semestral para o Judiciário
- Estudo de caso pela equipe do serviço
- Encaminhamento para a rede (socioassistencial ou setorial)
- Discussão de casos com outros profissionais da rede
- Não realiza nenhuma das atividades acima

25. Em média, quanto tempo uma criança/adolescente fica com a família acolhedora? *(resposta única)*

- menos de 3 meses
- de 3 a 5 meses
- 6 meses
- de 7 a 12 meses
- de 1 a 2 anos
- Mais de 2 anos

26. Como é feita a capacitação das famílias acolhedoras no momento de preparação para o acolhimento? *(Caso não tenha, marcar 0)*

- a. Carga Horária da capacitação? || horas/aula
- b. Em grupos, em média, de quantas pessoas? | pessoas
- c. A capacitação é presencial?  Sim  Não

27. A unidade possui os seguintes instrumentais? *(admita múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)*

- Político-Pedagógico (PPP)
- Prontuários de atendimento individualizados das(os) acolhidas(os)
- Plano Individual de Atendimento (PIA) de cada pessoa acolhida
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- Não possui nenhum dos instrumentais acima mencionados

28. A família acolhedora tem o termo de guarda da(s) criança(s)? *(resposta única)*

- Sim, para todas crianças
- Sim, para algumas crianças
- Não

29. Com que frequência, em média, cada família acolhedora com criança/adolescente acolhida é acompanhada? *(resposta única)*

Caso o serviço não tenha crianças/adolescentes acolhidas no momento, informe qual seria o padrão do serviço.

- Apenas quando há necessidade
- Semestralmente
- Trimestralmente
- Bimestralmente
- Mensalmente
- Quinzenalmente
- Semanalmente
- A família não é acompanhada

**30. Quem realiza o acompanhamento das(os) crianças/adolescentes após o seu desligamento do Serviço? (admite múltipla resposta, exceto se marcar as últimas duas)**

- A própria unidade/serviço de acolhimento  
 O CREAS  
 O CRAS  
 Unidades do Sistema de Justiça (Varas, Ministério Público, Defensoria)
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_  
 Não sabe informar (pule para a questão 32)  
 Não é realizado acompanhamento (pule para a questão 32)

**31. Por quanto tempo, em média, a criança/adolescente é acompanhada após seu desligamento? (resposta única)**

- menos de 3 meses  
 de 3 a 5 meses  
 6 meses
- de 7 a 12 meses  
 mais de 1 ano  
 Não sabe informar

**32. Com que frequência são permitidas visitas de familiares e/ou outras pessoas com vínculos afetivos às pessoas acolhidas no serviço? (marcação única por coluna)**

	Familiares	Outras pessoas
Não é permitido receber visitas na Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 3 a 6 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1 a 2 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quinzenalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apenas em algumas datas específicas do ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BLOCO 6 – FUNCIONAMENTO DESTA ACOLHIMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID19**

**33. Houve neste serviço de família acolhedora, pessoas que tenham contraído COVID-19 neste ano de 2022? (Resposta múltipla)**

- Sim, usuárias(os). Quantos? |\_\_||\_\_|  
 Sim, trabalhadoras(es). Quantos? |\_\_||\_\_|  
 Sim, membros da família acolhedora. Quantos? -|\_\_||\_\_|  
 Não

**Nem Sei se ainda vale a pena perguntar se teve alguém que contraiu a covid visto que tantos contraíram...**

**34. Houve neste serviço de família acolhedora, pessoas que tenham falecido devido à COVID-19? (Resposta múltipla)**

- Sim, usuárias(os). Quantos? |\_\_||\_\_|  
 Sim, trabalhadoras(es) Quantos? |\_\_||\_\_|  
 Sim, membros da família acolhedora Quantos? -|\_\_||\_\_|  
 Não

**35. Quais medidas foram adotadas no serviço como forma de prevenir e isolar casos suspeitos e confirmados? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- Empreendeu-se esforço para aumentar as medidas de higiene e limpeza  
 Foi feita a quarentena de novos acolhidos  
 Foram alterados os locais e horários de visitas familiares e pessoas com laços afetivos  
 Houve agilização da saída de usuários  
 Foi facilitado o uso de tecnologias de comunicação (celular, aplicativos de reunião etc.) para manutenção dos vínculos afetivos dos usuários  
 Restringiu-se a saída dos usuários  
 Outros. Qual? \_\_\_\_\_  
 Nenhuma das anteriores

**36. Como ficou o fluxo de atendimento deste serviço durante a pandemia: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- Ocorreram novos acolhimentos no mesmo ritmo dos meses anteriores à pandemia  
 O número de acolhimentos aumentou  
 O número de acolhimentos diminuiu  
 Não sabe informar

**BLOCO 3 – FAMÍLIAS ACOLHEDORAS**

37. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, de cada Responsável Familiar da Família Acolhedora já apta a receber crianças/adolescentes.

**Atenção!** No campo *Início do Exercício da Função*, preencher com a data em o Termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar. Apenas há a necessidade de cadastrar as famílias já aptas a receber crianças.

O serviço ainda não possui nenhuma família acolhedora apta. (siga para a questão 38)

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	E-mail	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
					Número	Órgão Emissor	UF					
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"/>	

**Atenção!**

Temporariamente, o cadastro das Famílias Acolhedoras está sendo feito na aba de Recursos Humanos do CADSUAS. Para tal, é necessário inserir todas as informações do Responsável Familiar na aba “Pessoa Física” do CADSUAS. Após responder a aba Pessoa Física, é preciso vinculá-la a Unidade de Acolhimento – Família Acolhedora, e informar em cargo/ função, a opção: **Família Acolhedora**. Carga Horária: **Maior que 40 horas semanais**, Vínculo Institucional: **Sem Vínculo** e no campo início do exercício da função, preencher com a data em que o termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar.

Para uma Orientação mais detalhada, acesse: <http://aplicacoes.mds.gov.br/saqi/snas/vigilancia/index6.php>





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

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função	Carga Horária
0. Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1. Empregada(o) Celetista do Setor Privado	1. Coordenador(a)	1. Até 10 horas semanais
1. Fundamental Incompleto	2 – Psicóloga(o)	2. Terceirizada(o)	2. Técnico(a) de Nível Superior	2. De 11 a 20 horas semanais
2. Fundamental Completo	3 – Pedagoga(o)	3. Outro vínculo não permanente	3. Cuidador(a)	3. De 21 a 30 horas semanais
3. Médio Incompleto	4 – Advogada(o)	4. Trabalhador(a) de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviço	4. Cuidador(a) Residente	4. De 31 a 40 horas semanais
4. Médio Completo	5 – Administrador(a)	5. Voluntária(o)	5. Auxiliar de cuidador(a)	5. De 41 a 44 horas semanais
5. Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)	6. Sem vínculo	6. Educador(a) Social	6. Mais de 44 horas semanais
6. Superior Completo	7 – Sociólogo(a)	7. Servidor(a)/Estatutária(o)	7. Apoio Administrativo	
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Servidor(a) Temporária(o)	8. Estagiário	
8. Mestrado	9 – Cientista política(o)	9. Empregada(o) Pública(o) Celetista ( <b>marque esta opção, somente se a unidade for governamental</b> )	9. Cozinheiro(a)	
9. Doutorado	10 – Nutricionista		10. Motorista	
	11 – Médica(o)		11. Serviços Gerais	
	12 – Musicoterapeuta		<b>12. Família Acolhedora (marque esta opção, somente se for Responsável Familiar de Família Acolhedora apta)</b>	
	13 – Terapeuta Ocupacional		99. Outros	
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstica(o)			
	16 – Enfermeira(o)			
	17 – Analista de sistema			
	18 – Programador(a)			
	19 – Outra(o) profissional de nível superior			
	20 – Profissional de nível médio			
	21 – Sem formação profissional			

**ATENÇÃO!** As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se a(o) trabalhador(a) for classificada(o) na variável 'Escolaridade' em algum item a partir da opção 04, ou seja, Ensino Superior Completo, Especialização, Mestrado ou Doutorado.

**Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:**

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

CPF: \_\_\_\_\_ Data do preenchimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cargo/Função:  Diretor(a)/Coordenador(a) da Unidade     Técnica(o) de Nível Superior da Unidade  
 Outro

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

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

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

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

CPF: \_\_\_\_\_ Data da validação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cargo/Função:**

Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção especial no município/Estado  
 Secretária(o) Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere  
 Técnica(o) da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere  
 Outros

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

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

**Este formulário original, após a digitação dos dados, deve permanecer arquivado na Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social (ou congênere).**