

# CENSO SUAS 2023

Secretaria Nacional de Assistência Social

## Questionário CRAS

Centro de Referência em Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

*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 2023 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: <https://falemds.centralit.com.br/atendimento/chatmds/index.html>
- ✓ Email: [vigilanciasocial@mds.gov.br](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br)
- ✓ Formulário Eletrônico de E-mail: <https://falemds.centralit.com.br/formulario/>
- ✓ Pelo telefone: 121
- ✓ Ou ainda pelos telefones 61 2030-3300 e 3376

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

Data de Implantação do CRAS: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|.

Ao responder este questionário leve em consideração o período de tempo expresso na questão. Quando não houver data expressa, responda conforme a realidade no momento de preenchimento.

## BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DO CRAS

1. 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

2. Horário de funcionamento:     dias por semana    | horas por DIA

3. Área de localização do CRAS:

Urbana Central  
 Urbana Periférica  
 Rural

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

Próprio     Alugado     Cedido

5. O imóvel de funcionamento deste CRAS é compartilhado?

*“Entende-se por compartilhamento de espaço os CRAS que: não garantem a exclusividade dos ambientes destinados à oferta do PAIF; não cumprem a premissa de oferta estatal do PAIF, com caráter público; permitem confundir sua identidade institucional com outras ofertas estatais e não estatais”. Contudo, ressaltamos que o **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (desde que, por oferta direta pelo CRAS), Serviço de Proteção Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e Idosas (desde que, por oferta direta pelo CRAS), Cadastro Único, Bolsa Família, Criança Feliz, Concessão de Benefícios Eventuais e AcesSUAS Trabalho,, NÃO SÃO CONSIDERADOS COMPARTILHAMENTO**, pois constituem serviços ou programas que podem ser desenvolvidos no CRAS.”*

Sim     Não **(pule para a questão 8)**

**6. Especifique o tipo de unidade com a qual este CRAS compartilha seu imóvel. (Admite múltiplas respostas)**

- Secretaria da Assistência Social ou congênere
- Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Subprefeitura 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
- Associação Comunitária
- Entidades ou Organização da Sociedade Civil de Assistência Social
- Organizações da sociedade civil de outras áreas
- Estação Cidadania/Praça CEU (esporte e/ou cultura)
- Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**7. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre o CRAS e a outra Unidade.**

*(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)*

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Apenas o endereço é o mesmo, mas todos os espaços do CRAS são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada <i>(Siga para a questão 8)</i></li> <li><input type="checkbox"/> Entrada / Porta de acesso</li> <li><input type="checkbox"/> Recepção</li> <li><input type="checkbox"/> Cozinha</li> <li><input type="checkbox"/> Algumas salas de atendimento particularizado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Todas as salas de atendimento particularizado</li> <li><input type="checkbox"/> Algumas salas de atendimento coletivo</li> <li><input type="checkbox"/> Todas as salas de atendimento coletivo</li> <li><input type="checkbox"/> Salas administrativas</li> <li><input type="checkbox"/> Banheiros</li> <li><input type="checkbox"/> Área externa</li> <li><input type="checkbox"/> Almojarifado ou similar</li> </ul> |
|---|--|

**8. Descreva o espaço físico deste CRAS:**

*(Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço – caso não possua, marque “0”)*

Salas utilizadas para atendimento individual ou coletivo	Quantidade de salas		
Quantidade de Salas com capacidade máxima para 5 pessoas	_	_	_
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	_	_	_
Quantidade de Salas com capacidade para 15 a 29 pessoas	_	_	_
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	_	_	_
<b>Salas EXCLUSIVAS de Coordenação, equipe técnica ou administração</b> <i>(não são salas de atendimento!)</i>	_	_	_
Quantidade total de Banheiros	_	_	_

Demais ambientes	Possui?			
Recepção	_	Sim	_	Não
Cozinha/Copa	_	Sim	_	Não
Almojarifado	_	Sim	_	Não
Espaço externo no CRAS para atividades de convívio	_	Sim	_	Não
Sala para Arquivos	_	Sim	_	Não

**9. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que este CRAS possui: (Resposta única por linha)**

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	_	_	_
Rota acessível aos espaços do CRAS (recepção, salas de atendimento e espaços de uso coletivo);	_	_	_
Rota acessível ao banheiro	_	_	_
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência	_	_	_

**10. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos serviços deste CRAS e alguns casos, especifique quantos:**

*(Admite múltiplas respostas – Em “Quantos” não é possível marcar “0”)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Telefone .                               | <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado Quantos?  __ __       |
| <input type="checkbox"/> Celular da unidade                       | <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico / Biblioteca                  |
| <input type="checkbox"/> Impressora                               | <input type="checkbox"/> Brinquedos / Brinquedoteca                         |
| <input type="checkbox"/> Máquina Copiadora.                       | <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos, culturais e esportivos      |
| <input type="checkbox"/> Televisão (TV)                           | <input type="checkbox"/> Bebedouros ou filtro de água disponível ao público |
| <input type="checkbox"/> Equipamento de som                       | <input type="checkbox"/> Ar condicionado                                    |
| <input type="checkbox"/> Datashow                                 | <input type="checkbox"/> Ventilador   |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo Quantos?  __ __ |   |

**11. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente neste CRAS: (Caso não possua, marque “0”)**

11.1 Quantidade total de computadores na Unidade	__ __ __
11.2 Destes, quantos estão conectados à internet	__ __ __

**BLOCO 3 – SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA (PAIF)**

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

- Acolhida em Grupo realizada por profissional de nível superior
- Acolhida Particularizada realizada por técnica(o) de nível superior
- Atendimento particularizado de famílias ou indivíduos
- Grupo/oficina com famílias
- Palestras
- Campanhas ou eventos comunitários
- Visitas Domiciliares
- Busca Ativa para inserção e/ou adesão de famílias ao acompanhamento familiar
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial/is
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas (educação, habitação, saúde, trabalho e etc.)
- Encaminhamento para inserção/atualização de famílias no Cadastro Único
- Acompanhamento dos encaminhamentos realizados
- Acompanhamento de famílias
- Elaboração do Plano de Acompanhamento Familiar
- Atendimento e acompanhamentos de famílias em descumprimento de condicionalidades do PBF
- Registro dos acompanhamentos familiares em prontuário
- Apoio para obtenção de Documentação pessoal
- Orientação e emissão da carteira do Idoso
- Oferta de Benefícios Eventuais
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**13. Informe o volume mensal de pessoas que participaram nos atendimentos coletivos (oficinas com famílias, acompanhamento em grupo, ações comunitárias) realizados pelo PAIF durante o mês de referência: (mês de referência: agosto de 2023 - caso não possua, marque “0”)**

Não sabe informar

	Total	Sexo	0 a 18 anos	19 a 59 anos	60 anos ou mais
Quantidade de pessoas que participaram regularmente dos atendimentos coletivos realizados pelo PAIF	__ __ __	Masculino	__ __	__ __	__ __
		Feminino	__ __	__ __	__ __

**14. Em 2023, quais as cinco temáticas mais frequentemente abordadas nos atendimentos coletivos realizados pelo PAIF: (Admite até CINCO respostas, exceto se marcar a primeira opção)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não há atendimento coletivo no PAIF   | <input type="checkbox"/> Convivência familiar filhos com mães encarceradas  |
| <input type="checkbox"/> Direito à transferência de renda e benefícios assistenciais                             | <input type="checkbox"/> Cuidar de quem cuida                               |
| <input type="checkbox"/> Direito a Documentação Civil Básica (certidão de nascimento, CPF, RG, título eleitoral) | <input type="checkbox"/> O uso de álcool e/ou outras drogas na família      |
| <input type="checkbox"/> Direito a cultura e lazer   | <input type="checkbox"/> Problemas e soluções do território                 |
| <input type="checkbox"/> Direito das Mulheres  | <input type="checkbox"/> Diversidade cultural, étnica e social              |
| <input type="checkbox"/> Direitos das pessoas com deficiência  | <input type="checkbox"/> Violência doméstica contra mulheres                |
| <input type="checkbox"/> Direito à Alimentação   | <input type="checkbox"/> Violência doméstica contra crianças e adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Os direitos das famílias  | <input type="checkbox"/> Violência doméstica contra pessoas idosas          |
| <input type="checkbox"/> Primeira infância – direitos e cuidados   | <input type="checkbox"/> Saúde mental e prevenção ao suicídio               |
| <input type="checkbox"/> Adolescência e gravidez   | <input type="checkbox"/> Sexualidade  |
| <input type="checkbox"/> Direito das pessoas idosas  | <input type="checkbox"/> Planejamento familiar/gravidez na adolescência     |
| <input type="checkbox"/> Prevenção ao Trabalho escravo e tráfico de pessoas                                      | <input type="checkbox"/> Suicídio   |
| <input type="checkbox"/> Prevenção ao trabalho infantil;   | <input type="checkbox"/> Educação Financeira                                |
| <input type="checkbox"/> PBF e Condiçionalidades   | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____                                 |

**BLOCO 4 – SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS**

**15. Este CRAS executa diretamente o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (Mês de referência: agosto/2023)**

**Atenção!** Nesta questão, devem ser contabilizados, exclusivamente, os atendimentos coletivos realizados no espaço do próprio CRAS, ou ainda, os atendimentos realizados em outros espaços alternativos, desde que **executados diretamente pela equipe de referência do CRAS**. É importante diferenciar atendimentos coletivo do PAIF do Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. As oficinas do PAIF tem objetivos de curto prazo a serem atingidos com as famílias e são necessariamente conduzidas por técnicos de nível superior do CRAS. Os grupos do SCFV reúnem participantes, conforme o seu ciclo de vida ou faixa etária. Os encontros têm periodicidade regular e contínua. As conversações e fazeres neles realizados podem ser conduzidos por profissionais de nível médio.

- Sim       Não (pule para a questão 17)

**16. Esta unidade oferta diretamente o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para os seguintes públicos? (Mês de referência: agosto/2023- Deve-se responder sim a pelo menos 1 alternativa)**

Serviços executados diretamente pelo CRAS	Oferta o Serviço
Crianças de 0 a 6 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Jovens de 18 a 29 anos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idosas(os) (60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**17. Este CRAS possui rede referenciada para oferta do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

**Atenção!** Considera-se rede referenciada ao CRAS as demais unidades públicas, assim como entidades privadas 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/os encaminhados pelos CRAS.

- Sim, realizado por outra unidade pública  
 Sim, realizado por entidade conveniada  
 Sim, realizado por entidade não conveniada  
 Não (pule para a questão 21)

18. A rede referenciada a este CRAS oferta Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para os seguintes públicos? (Mês de referência: agosto/2023- Deve-se responder sim a pelo menos 1 alternativa))

Serviços executados pela rede referenciada a este CRAS	Oferta o Serviço
Crianças de 0 a 6 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Jovens de 18 a 29 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idosas(os) (60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

19. Com que frequência o técnico de referência do CRAS realiza visitas aos SCFV executados fora do CRAS (resposta única)

- Mais de uma vez na semana
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Intervalo maior que mensal (bimestral, trimestral, etc.)
- Não realiza

20. Em relação às vagas de SCFV da rede referenciada, informe se: (resposta única)

- todas as vagas são preenchidas exclusivamente por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CRAS
- a maioria das vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CRAS
- a minoria das vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CRAS
- as vagas são preenchidas de forma independente, não sendo priorizados os encaminhamentos dos CRAS

21. São desenvolvidas atividades com familiares/responsáveis dos participantes dos grupos do SCFV? (resposta única)

- Sim, apenas para o SCFV executado diretamente pelo CRAS
- Sim, apenas para o SCFV executado pela rede referenciada
- Sim, para o SCFV deste CRAS e o SCFV executado na rede referenciada
- Não

#### BLOCO 5 – SERVIÇO DE PSB NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS

22. Este CRAS oferta Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas?

Atenção! O Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas contempla um conjunto de atividades, concretizada pela visita domiciliar, sistemática e regular, seja semanal, quinzenal ou mensal, e é orientada por um Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU). PORTANTO, **NÃO SÃO VISITAS DOMICILIARES DO PAIF**. Acesse as Orientações Técnicas sobre o Serviço pelo link: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/2210/>.

- Sim
- Não (pule para a questão 24)

23. Informe o volume mensal de indivíduos atendidos pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas neste CRAS, no mês de agosto de 2023: (mês de referência: agosto de 2023 - caso não possua, marque "0")

	Quantidade no mês de agosto/2023
Total de indivíduos atendidos pelo Serviço de PSB no Domicílio neste CRAS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> indivíduos
Destes, qual o total de <b>idosas(os)</b> atendidos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> indivíduos
Destes, qual o total de <b>peessoas com deficiência</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> indivíduos
Do total de <b>peessoas com deficiência</b> , quantas possuem de <b>0 a 6 anos</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> indivíduos

24. Este CRAS possui rede referenciada para oferta do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com deficiência e idosas? *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

**Atenção! Considera-se rede referenciada ao CRAS as demais unidades públicas, assim como entidades privadas 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 de usuárias (os) encaminhados pelos CRAS. Não se referem aos serviços de Proteção Social Especial para Pessoa com Deficiência (Centro dia e similares).**

- Sim, realizado por outra unidade pública
- Sim, realizado por entidade conveniada
- Sim, realizado por entidade não conveniada
- Não *(pule para a questão 26)*

25. Com que frequência se dá o atendimento no domicílio de cada indivíduo atendido pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio? *(resposta única)*

- Intervalo superior a mensal
- Mensalmente
- Quinzenalmente
- Semanalmente
- Mais de uma vez por semana ;

#### BLOCO 6 – EQUIPE VOLANTE

26. 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 31)*

27. O(s) território(s) atendido(s) por esta equipe volante estão localizados em: *(resposta única)*

- Áreas rurais
- Áreas urbanas
- Em ambas

28. Quais os territórios atendidos pela equipe volante deste CRAS? *(admite múltiplas respostas)*

- Favelas ou periferias urbanas
- Comunidades rurais
- Aldeia/comunidade Indígena
- Comunidade Quilombola
- Comunidade Ribeirinha
- Acampamento/comunidade Cigana
- Comunidade de Terreiro
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

29. Normalmente, com que frequência a equipe volante se desloca para realizar atendimento nestas áreas/comunidades? *(resposta única)*

- 5 dias por semana
- 4 dias por semana
- 3 dias por semana
- 2 dias por semana
- 1 dia por semana
- Quinzenalmente
- Uma vez por mês, ou intervalo maior

30. Como é feito o deslocamento da equipe volante? *(admite múltiplas respostas)*

- Em automóvel exclusivo do CRAS (ex: carro, van, etc. )
- Em automóvel compartilhado entre o CRAS e outras unidades (ex: carro, van, etc.)
- Em automóvel particular de algum membro da equipe do CRAS
- Em embarcação (barco ou lancha) exclusiva da área de Assistência Social
- Em embarcação (barco ou lancha) não-exclusiva da área de Assistência Social
- Em transporte público
- A pé
- A cavalo ou outro animal
- Outro. Qual(is)? \_\_\_\_\_

## BLOCO 7 – BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS

31. Em relação aos Benefícios Eventuais, este CRAS? *(resposta única)*

**Atenção! Considere “concessão” o ato de decidir sobre o direito de acesso ao Benefício, independente de a entrega ser realizada no CRAS ou em outro órgão do município.**

- Concede o benefício  
 Entrega o benefício  
 Concede e entrega o benefício  
 Nenhuma das alternativas *(pule para a questão 34)*

32. Quais são os Benefícios Eventuais ofertados (concedido/entregue) neste CRAS? *(Admite múltiplas respostas)*

- Benefício Eventual em situação de morte  
 Benefício Eventual por nascimento  
 Benefício Eventual em situação de calamidade (inclui desastres e emergências)  
 Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade temporária *(responda a questão 33)*

33. Caso o CRAS oferte (concessão/entrega) Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social temporária, informe quais: *(Caso não conceda Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social, pule esta questão - Admite múltiplas respostas)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Auxílio relacionado à alimentação (cesta básica, leite, entre outros)                 | <input type="checkbox"/> Auxílio gás               |
| <input type="checkbox"/> Auxílio para deslocamento / passagens (vale-transporte)                               | <input type="checkbox"/> Pagamento de aluguel      |
| <input type="checkbox"/> Auxílio/isenção para retirada de documentação (inclui auxílio para retirada de fotos) | <input type="checkbox"/> Vestimentas/ Roupas       |
| <input type="checkbox"/> Material de construção  | <input type="checkbox"/> Móveis e Eletrodomésticos |
| <input type="checkbox"/> Pagamento/ Isenção de contas de água e luz  | <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____      |

34. Com relação ao Benefício de Prestação Continuada, este CRAS faz: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

- Identificação de possíveis beneficiárias(os) do BPC  
 Busca ativa de beneficiárias(os) do BPC para inclusão no CadÚnico  
 Orientação/acompanhamento para inserção no BPC  
 Atendimento e acompanhamento das pessoas com deficiência do BPC com idade escolar que estejam fora da escola (incluindo BPC escola)  
 Atendimento e acompanhamento das pessoas com deficiência do BPC em idade produtiva para o mundo do trabalho (incluindo BPC trabalho)  
 Inserção das(os) Beneficiárias(os) nos serviços socioassistenciais (PAIF, SCFV, entre outros)  
 Outros. Quais? \_\_\_\_\_  
 Nenhuma das atividades acima

## BLOCO 8 – CADASTRO ÚNICO

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

- Não *(pule para a questão 40)*  
 Sim, com equipe exclusiva para esta finalidade  
 Sim, com a equipe responsável pelo PAIF  
 Sim, com outra equipe

36. Informe o volume mensal de pessoas atendidas para o Cadastro Único nesta Unidade durante o mês de referência: *(mês de referência: agosto de 2023)*

- Não sabe informar

	Quantidade no mês de agosto/2023
Total de <b>pessoas</b> atendidas para o Cadastro Único	_ _ _ _  pessoas
Destes, qual o total de <b>pessoas</b> realizaram entrevista para <b>inclusão cadastral</b>	_ _ _ _  pessoas
Destes, qual o total de <b>pessoas</b> realizaram entrevista para <b>atualização cadastral</b>	_ _ _ _  pessoas

**37. Em média, quanto tempo dura:**

	Quantos <b>DIAS</b> (Caso seja feito no mesmo dia, informe "zero" no número de dias)
Entre o agendamento e a realização do atendimento	__ __  <b>dias</b>  __  Não realiza
Após a entrevista, para que os dados coletados em formulário em papel sejam inseridos no sistema	__ __  <b>dias</b>  __  Não realiza

**38. São feitas ações específicas para atender demandas de averiguação e revisão cadastral? ((Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- Sim, as famílias de averiguação e revisão cadastral são alvo de busca ativa
- Sim, as famílias de averiguação e revisão cadastral fazem parte do público prioritário de atendimento na unidade
- Sim, há mutirões em dias específicos para atender o público de averiguação e revisão cadastral
- Sim, outros. Qual? \_\_\_\_\_
- Não há ações específicas para atender o público de averiguação e revisão cadastral.

**39. Indique em quais situações e com qual frequência a equipe faz entrevistas domiciliares: (Resposta única por linha)**

	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Para apurar denúncias:	__ __	__ __	__ __
Para famílias incluídas em Averiguação Cadastral:	__ __	__ __	__ __
Para inclusão ou atualização de dados de famílias com beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC):	__ __	__ __	__ __
Para inclusão ou atualização de dados de famílias pertencentes à Grupos Populacionais Tradicionais ou Específicos (GPTEs):	__ __	__ __	__ __
Para inclusão ou atualização de dados de famílias que moram em locais de difícil acesso	__ __	__ __	__ __
Outros	__ __	__ __	__ __

**BLOCO 9 – PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

**40. Indique as ações e atividades que esta Unidade realizou neste ano em relação à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)**

*Para algumas alternativas desta questão entende-se como manutenção de benefícios, os procedimentos de bloqueios, desbloqueios, cancelamentos e reversões de cancelamento*

- Não realiza ações e atividades relacionadas à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família
- Informação individualizada sobre regras do Programa (valores de benefícios, regras de concessão, bloqueio, suspensão e cancelamento de benefícios e condicionalidades)
- Informação coletiva às famílias sobre regras do Programa (Reuniões de acolhida, palestra etc)
- Emissão de declaração de troca de responsável familiar para recebimento do benefício
- Esclarecimentos sobre o conteúdo de mensagens no extrato de pagamentos, recebida pelo beneficiário
- Esclarecimentos sobre informações de pagamento do Programa: entrega, desbloqueio e ativação do Cartão Bolsa Família e calendário de pagamentos
- Realiza manutenção de benefícios diretamente no SIBEC
- Registro no Formulário Padrão de Gestão de Benefícios (FPGB) e seu arquivamento
- Solicitação de manutenção de benefícios pelo módulo de Administração Off-line do SigPBF
- Orientação sobre como denunciar irregularidades no pagamento e no atendimento dos canais da CAIXA
- Registro de denúncias de recebimento indevido de benefícios
- Apuração de denúncias de recebimento indevido de benefícios

**41. Indique as ações e atividades desenvolvidas pela equipe desta Unidade em relação às famílias em descumprimento de condicionalidades: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)**

- Não realiza atividades referente ao descumprimento de condicionalidades
- Esclarecimentos às famílias sobre as regras de condicionalidades durante o atendimento particularizado;
- Interação com as escolas dos beneficiários em descumprimento;
- Interação com a equipe de saúde no município responsável pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde;
- Ação para prestar informações às famílias sobre as condicionalidades (Reuniões de acolhida, palestras, oficinas em grupo, etc);
- Fornecimento de comprovante do registro de recurso para as famílias;
- Busca ativa das famílias (visita domiciliar e ações itinerantes) para inclusão nos serviços socioassistenciais ou para apresentar o recurso;
- Priorização das famílias em fase de suspensão por descumprimento de condicionalidades nas ações do PAIF
- Registro no Sicon dos atendimentos/acompanhamentos realizados com as famílias PBF
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos em descumprimento de condicionalidades para outros serviços, programas ou benefícios socioassistenciais;
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos em descumprimento de condicionalidades para outras políticas públicas (educação, saúde, habitação, trabalho, etc.);
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**42. Este CRAS executou o Programa Criança Feliz em agosto de 2023?**

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

**BLOCO 10 – GESTÃO E TERRITÓRIO**

**43. Dentre as áreas que constituem o território de abrangência deste CRAS, quantas estão situadas na zona rural? (Resposta Única)**

- Todas
- A maior parte
- Metade
- A menor parte
- Nenhuma

**44. Quais mecanismos de participação são utilizados nesta unidade? (Admite múltiplas respostas)**

- Não possui
- As(os) usuárias(os) e/ou familiares participam das reuniões de planejamento desta unidade.
- As(os) usuárias(os) contam com representante que participa do planejamento desta unidade.
- As(Os) usuárias(os) escolhem os temas a serem trabalhados nas atividades coletivas (oficinas/palestras) da unidade.
- A equipe técnica disponibiliza outros meios para avaliação da oferta (questionário de satisfação, pesquisa de opinião, urna de sugestões).
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

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

- Sim
- Não (Pule para questão 47)

**46. Caso sim, indique quais os povos e comunidades tradicionais existentes no território de abrangência deste CRAS: (Admite múltiplas respostas)**

- Aldeia/comunidade Indígena
- Comunidade Quilombola
- Comunidade Ribeirinha
- Acampamento/comunidade Cigana
- Comunidade de Terreiro
- Extrativistas
- Outros povos e comunidades tradicionais. Quais? \_\_\_\_\_

**47. Em 2022, este CRAS atendeu algum dos povos e comunidades tradicionais abaixo listados? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não Atendeu")**

- Não atendeu (Pule para questão 50)
- Sim, atendeu Povos Indígenas
- Sim, atendeu Comunidade Quilombola
- Sim, atendeu Comunidade Ribeirinha
- Sim, atendeu Povos Ciganos
- Sim, atendeu Comunidade de Terreiro
- Sim, atendeu Extrativistas

**48. Como foi realizado o atendimento a esses povos? (Admite múltiplas respostas)**

- Por meio de visitas domiciliares da equipe técnica
- Por meio de ação realizada na comunidade
- Os usuários se deslocaram até o CRAS
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**49. Para o atendimento a comunidades tradicionais a equipe de referência deste CRAS possui:**

	Possui?
Capacitação específica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estratégias/Metodologias específicas de atendimento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Diagnóstico específico sobre as vulnerabilidades das comunidades atendidas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Profissionais com vivência e/ou experiências específicas junto às comunidades atendidas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Profissionais que sejam membros da comunidade/grupo tradicional	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Articulação com órgãos públicos que possuem atuação específica junto às comunidades atendidas (Ex.: FUNAI; INCRA etc.)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Articulação com entidades ou organizações da sociedade civil de representação ou defesa de direitos das comunidades atendidas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

50. Indique as ações de articulação deste CRAS com os seguintes serviços, programas ou instituições existentes no município: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar 'Não possui articulação' ou 'Serviço ou Instituição não existente no município ou no DF')*

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 usuáries (os) encaminhados por este CRAS	Encaminha usuáries (os) 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"/>
Centro de Referência Especializado em Assistência Social - CREAS	<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"/>
Outras 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"/>
Movimentos sociais locais/ Associações comunitárias	<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"/>
Judiciário	<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 11 – GESTÃO DE PESSOAS

51. O/A coordenador(a) deste CRAS: *(Resposta única)*

- exerce exclusivamente a função de coordenador(a)  
 acumula as funções de coordenador(a) e de técnica(o) neste CRAS  
 acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade da Secretaria Municipal de Assistência Social  
 não há coordenador(a) neste CRAS

*(caso marque que há coordenador nesta questão, será necessário informar quem é o coordenador na questão seguinte).*

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

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AA AA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)	Serviços/Atividade a qual o(a) profissional está vinculado(a)	
				Número	Órgão Emissor	UF								Principal serviço/atividade	Segundo principal serviço/atividade
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M													

\* O número de CPF é obrigatório.

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

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no CRAS	Carga Horária	Serviços
0 – Sem Escolaridade <i>(pular “Serviços/Atividades”)</i> 1 – Ensino Fundamental Incompleto (pular “Serviços/Atividades”) 2 – Ensino Fundamental Completo (pular “Serviços/Atividades”) 3 – Ensino Médio Incompleto (pular “Serviços/Atividades”) 4 – Ensino Médio Completo 5 – Ensino Superior Incompleto 6 – Ensino Superior Completo 7 – Especialização 8 – Mestrado 9 – Doutorado	1 – Assistente Social 2 – Psicóloga(o) 3 – Pedagoga(o) 4 – Advogada(o) 5 – Administrador (a) 6 – Antropóloga(o) 7 – Socióloga(o) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista política(o) 10 – Nutricionista 11 – Médica(o) 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 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	1 – Comissionado 2 – Empregado Público (CLT) 3 – Outro vínculo não permanente 4 – Servidor Temporário 5 – Servidor/Estatutário 6 – Terceirizado 7 – Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços 8 – Voluntário 9 – Sem vínculo	1 – Apoio Administrativo 2 – Coordenador(a) 3 – Educador(a) Social 4 – Estagiária(o) 5 – Serviços gerais 6 – Cadastrador(a)/Entrevistador Social 7 – Técnica(o) de nível superior 8 – Técnica(o) de nível médio 9 – Outros	1. Até 10 horas semanais 2. De 11 a 20 horas semanais 3. De 21 a 30 horas semanais 4. De 31 a 40 horas semanais 5. De 41 a 44 horas semanais 6. Mais de 44 horas semanais	<p><b>Atenção! Informe o Serviço/ Atividade apenas para as (os) profissionais que possuem escolaridade de nível médio completo ou superior.</b></p> 1 – Atividades de gestão (administrativo) 2 – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); 3 – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; 4 – Serviço de PSB no domicílio 5 - Cadastramento e/ou atualização cadastral (Cadúnico) 6 – Programa Bolsa Família e condicionalidades 7 - Concessão de Benefícios Eventuais 8 – Programa Criança Feliz 9 – Outros

• 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: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de preenchimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Cargo/Função:**

Coordenador(a) do CRAS       Técnica(o) de nível superior do CRAS       Outro

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

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

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

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

CPF: \_\_\_\_\_ Data de Validação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Cargo/Função:**

Secretária(o) Municipal de Assistência Social ou congênera  
 Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção básica no município.  
 Técnica(o) da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênera  
 Outros

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

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

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