

CENSO SUAS 2024

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Centro de Convivência

Unidades que executam Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos,
exceto CRAS

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

Considera-se que SCFV seja uma atividade que pode ser ofertada no CRAS. Caso seja oferta direta do CRAS, não é necessário o preenchimento do questionário de Centro de Convivência.

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 2024 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
- ✓ 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 DA UNIDADE (caso necessário, atualize no CADSUAS)

Nome que identifica a unidade: _____
Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc): _____
Endereço: _____ Número: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
CEP: _____
Município: (Seleção) _____ UF: (Seleção) _____
E-mail: _____
DDD – Telefone: |_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Ramal: |_|_|_|_|_|
Data de Implantação da unidade: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|.

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 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (Marcação automática do sistema)**

Estadual Municipal

2. Localização: (Resposta única)

Urbano, na área central do município
 Urbano, mas fora da área central do município
 Rural

3. Natureza da unidade: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)

Governamental (*pule para a questão 7*) Organização da Sociedade Civil

4. Em caso de Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)

|_|_|.|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

5. A Organização da Sociedade Civil possui Termo de Parceria ou outra forma de contratualização com o poder público municipal para repasse de recursos financeiros, visando à manutenção do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

Sim Não

6. Quais são as formas de financiamento da –Organização da Sociedade Civil? (Admite múltiplas respostas)

Recursos públicos municipais (parcerias, isenções fiscais, emendas parlamentares)
 Recursos públicos estaduais (parcerias, isenções fiscais, emendas parlamentares)
 Recursos públicos federais (parcerias, isenções fiscais, emendas parlamentares)
 Doações (pessoas físicas e jurídicas)
 Mantenedoras e organizações de fomento
 Receitas da comercialização de produtos e serviços
 Receitas de eventos, bazares, etc.
 Renda patrimonial (aluguéis, investimentos financeiros, poupança)
 Outras fontes. Quais? _____

7. Informe o horário de funcionamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos na unidade:

dias por semana | horas por **dia**

8. O Serviço funciona regularmente nos finais de semana?

- Sim, no mesmo horário dos dias de semana.
 Sim, em horário reduzido.
 Não.

9. Situação do imóvel onde se localiza a sede do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos:
(Resposta única)

Próprio Alugado Cedido

10. Indique os públicos (faixas etárias) atendidos por esta Unidade: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)

Serviço executado diretamente pela unidade	Oferta o Serviço
Crianças (0 a 6 anos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Crianças e adolescentes (7 a 14 anos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adolescentes e Jovens (15 a 17 anos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Jovens (18 a 29 anos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adultas(os) (30 a 59 anos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idosas(os) (60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

11. O imóvel no qual funciona esta Unidade/Serviço é compartilhado?

Compartilhamento consiste na utilização do mesmo espaço físico/imóvel pelo Centro de Convivência e outra unidade/serviço/instituição, seja de gestão de políticas ou de prestação de serviço, de modo que ambos utilizem o mesmo endereço.

Sim Não **(pule para a questão 13)**

12. Especifique o tipo de unidade com a qual este Centro de Convivência compartilha seu imóvel:
(Admite múltiplas respostas)

- Secretaria da Assistência Social ou congênera
 Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura, etc.)
 Conselho Municipal de Assistência Social
 Conselho Tutelar
 CRAS **(Atenção! Se o Serviço de Convivência – SCFV é ofertado no CRAS, ele já é capturado no questionário do próprio CRAS. Você não deve preencher este questionário de Centro de Convivência)**
 CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
 Unidades de Acolhimento
 Centro-dia e similares
 Centro POP - Centro de Referência Especializado à População em Situação de Rua
 Unidades que executam Serviço Especializado em Abordagem Social
 Posto de Cadastramento/Cadastro Único/Programa Bolsa Família
 Instituições de Ensino (Escola, Centro de Educação Infantil, creches, entre outras)
 Unidade de Saúde
 Instituições religiosas (Igreja, Templo, Centro Espírita, Terreiro, Mesquita, entre outros)
 Associação Comunitária
 Instituições esportivas/desportivas (Clubes, Associações Atléticas, entre outros)
 Organização da Sociedade Civil (OSC)
 Outros. Qual? _____

13.No local de funcionamento desta Unidade/Serviço, são prestados serviços/atividades de outras políticas públicas (saúde, educação, esporte, entre outros)? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não”)

- Não
- Sim, educação (escola, creche, reforço escolar, alfabetização de adultos, entre outros)
- Sim, saúde (posto de saúde, terapia ocupacional, clínica psicológica, entre outros)
- Sim, esporte (políticas específicas do esporte como “Segundo Tempo”, ou atividades físicas como futebol, hidroginástica, entre outros)
- Sim, cultura (políticas específicas de cultura como “Ponto de Cultura”, entre outras)
- Sim, habitação
- Sim, trabalho e inclusão produtiva (cursos profissionalizantes, qualificação profissional, “Jovem Aprendiz”)
- Sim, inclusão digital
- Sim, segurança alimentar e nutricional (restaurantes comunitários, bancos de alimentos, entre outros)
- Sim, justiça (orientação jurídica, entre outros)
- Sim, outra. Qual? _____

14. Quais outros espaços físicos, fora da unidade de oferta do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, são utilizados com regularidade para a sua execução? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar “Uso apenas da sede”)

- Uso apenas da sede
- Em outras unidades/equipamentos públicos da Assistência Social
- Em Organizações da Sociedade Civil parceiras da Assistência Social
- Em espaços cedidos por organizações comunitárias locais não conveniadas com a Assistência Social (Igrejas, Associação de Moradores, Organizações da Sociedade Civil não conveniadas, etc.)
- Em unidades/equipamentos públicos da Educação
- Em unidades/equipamentos públicos do Esporte (ginásios ou quadras esportivas, campos de futebol, entre outros)
- Em unidades/equipamentos da Cultura (museus, bibliotecas, centros culturais, entre outros)
- Em unidades/equipamentos públicos da Saúde
- Em unidades/equipamentos públicos de outras políticas públicas
- Em espaços públicos como em praças, parques, beira de rio, praia, terreno da comunidade, etc
- Outro. Qual? _____

15. Esta Unidade inclui orientação religiosa nas atividades desenvolvidas pelo Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

Unidades com orientação religiosa são aquelas que declaram publicamente que possuem uma crença e dogma religioso. São reconhecidas socialmente pela religião/filosofia que adotam, que se expressam por meio de valores transmitidos, ritos e liturgias, orações, músicas, ou qualquer outro tipo de manifestação religiosa.

Sim Não

16. Informe a quantidade de salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração: (não são salas de atendimento!)

____|____| quantidade de salas exclusivas

17. Informe a quantidade de salas para o atendimento dos grupos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos:

____|____| quantidade de salas para o atendimento

BLOCO 3 – SERVIÇO E ATIVIDADES

18. Indique quais atividades abaixo são promovidas sistematicamente pela Unidade em relação ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não realiza nenhuma das atividades acima”)*

- Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família das(os) usuárias(os)
- Encontros com as famílias das(os) usuárias(os)
- Palestras
- Atividades lúdicas
- Discussão de casos com outras(os) profissionais da rede socioassistencial
- Atividades com participação da comunidade
- Atividades intersetoriais educação, cultura, esporte e lazer, etc.)
- Atividades religiosas
- Planejamento de atividades
- Registro e monitoramento das informações do SCFV
- Outras. Quais: _____
- Não realiza nenhuma das atividades acima

19. Esta unidade está referenciada a um Centro de Referência de Assistência Social?

Consideram-se referenciadas ao CRAS as demais unidades públicas, assim como Organizações da Sociedade Civil que ofertem serviços de Proteção Social Básica no território de abrangência do CRAS e mantenham com este alguma forma de pactuação de fluxo para atendimento das(os) usuárias/os encaminhados pelos CRAS.

- Sim. Não *(pule para a questão 22)*

20. Com que frequência, em média, a(o) técnica(o) de referência do CRAS realiza visitas a este Centro de Convivência? *(Resposta única)*

- Mais de uma vez por semana
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Intervalo maior que mensal (bimestral, trimestral, etc)
- Sem frequência específica
- O(a) técnico(a) de referência não realiza visitas a este Centro de Convivência

21. Quais atividades as(os) técnicas(os) de referência do CRAS utilizam para acompanhar este Centro de Convivência? *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não acompanham”)*

- Participa no planejamento das atividades que serão desenvolvidas
- Participa de reuniões periódicas com a equipe de referência desta unidade
- Supervisiona as(os) educadoras (es)/orientadoras(es) sociais
- Capacita as(os) educadoras (es)/orientadoras(es) sociais
- Acompanha periodicamente os grupos
- Verifica a inclusão e acompanha a trajetória de usuárias(os) encaminhadas(os) pelo CRAS
- Acompanha as(os) usuárias(os) encaminhados do SCFV para o CRAS
- Avalia e monitora as atividades realizadas
- Discute casos em conjunto com a equipe do SCFV
- Registra e monitora as informações do SCFV por meio do SISC
- Outras. Quais? _____
- Não acompanham

22. Em relação às vagas do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos desta unidade, informe se: *(resposta única)*

- Todas as vagas são preenchidas exclusivamente por usuárias(os) encaminhados pelos CRAS de referência
- A maioria das vagas é preenchida por usuárias(os) encaminhados pelos CRAS de referência
- A minoria das vagas é preenchida por usuárias(os) encaminhados pelos CRAS de referência
- As vagas são preenchidas de forma independente, os encaminhamentos dos CRAS de referência não são um critério de priorização

23. Em geral, como é identificada a situação prioritária de usuárias(os) do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não são identificadas as situações prioritárias de usuárias(os) deste Centro de Convivência”)

- Por meio de diagnóstico da equipe técnica do CRAS
 Por meio de diagnóstico da equipe técnica do CREAS
 Por meio de diagnóstico da equipe técnica do SCFV deste Centro de Convivência
 Por meio de diagnóstico da equipe do órgão gestor de Assistência Social
 Por meio de diagnóstico de profissionais do Sistema de Garantia de Direitos (Conselho Tutelar, entre outros)
 Outros. Qual? _____
 Não são identificadas as situações prioritárias de usuárias(os) deste Centro de Convivência

24. São desenvolvidas atividades socioassistenciais com familiares/responsáveis de participantes dos grupos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não”)

- Sim, por esta unidade
 Sim, pela equipe do CRAS de referência
 Sim, pela equipe desta unidade e pela equipe do CRAS de referência
 Sim, pela equipe do órgão gestor da Assistência Social
 Sim, por outra equipe. Qual? _____
 Não

25. Qual a capacidade máxima para o atendimento (número de vagas no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos) desta unidade? (Mês de referência: Agosto/2024 – Não é possível marcar “0” nesta questão)

Registre o número total de vagas que esta Unidade tem para ofertar o SCFV. Some as vagas ocupadas e as vagas disponíveis para inclusão de novas(os) usuárias(os). [Vagas ocupadas+Vagas disponíveis não ocupadas]

|_|_|_|_| vagas

26. Em relação à oferta do SCFV pelo Centro de Convivência, informe se:

- as vagas disponíveis estão todas preenchidas
 há disponibilidade de vagas para serem preenchidas por novos participantes
 não há vagas para serem preenchidas por novos participantes
 há lista de espera para ingresso de novos participantes

27. Por quanto tempo, em média, as(os) usuárias(os) participam do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (resposta única)

- Menos de 6 meses
 de 6 a 11 meses (de 6 meses a 1 ano)
 de 12 a 18 meses (de 1 ano a 1 ano e meio)
 de 19 a 24 meses (de 1 ano e meio a 2 anos)
 de 25 a 36 meses (de 2 a 3 anos)
 de 36 a 60 meses (de 3 a 5 anos)
 Mais de 60 meses (mais de 5 anos)

28. Em média, quantos dias as(os) usuárias(os) da unidade frequentam o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (resposta única)

- um dia a cada mês
 um dia por quinzena
 um dia por semana
 dois a três dias por semana
 quatro a cinco dias por semana
 mais de cinco dias por semana

29. Em média, quantas horas, por dia, as(os) usuárias(os) permanecem na unidade (nos dias em que estas(es) utilizam o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos)? (resposta única)

- menos de uma hora
 uma a duas horas
 duas a três horas
 quatro a seis horas
 mais de 6 horas

30. Este Centro atendeu usuários que pertencem a povos e comunidades tradicionais? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não Atendeu")

- Não atendeu
- Sim, atendeu povos indígenas
- Sim, atendeu comunidade quilombola
- Sim, atendeu comunidade ribeirinha
- Sim, atendeu povos ciganos
- Sim, atendeu comunidade de terreiro
- Sim, atendeu extrativistas
- Sim, atendeu migrantes ou refugiados
- Outros. Quais?

31. Indique as atividades normalmente realizadas com as(os) usuárias(os) do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: (Admite múltiplas respostas)

- Atividades esportivas
- Atividades musicais (cantar, tocar instrumentos etc.)
- Atividades de arte e cultura (pintura, circo, dança, teatro, trabalhos em papel etc.)
- Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê etc.)
- Atividades de inclusão digital
- Atividades de linguagem (produção de texto, contação de histórias, roda de conversa etc.)
- Atividades que envolvem manipulação de alimentos (culinária, hortas etc.)
- Atividades recreativas (jogos, brincadeiras, etc.)
- Reforço escolar
- Atividades de orientação para o mundo do trabalho
- Atividades de cuidado de vida diária (higiene, cuidados pessoais etc.)
- Atividades religiosas
- Outros. Qual? _____

32. Há oferta de lanche/refeição aos usuários do SCFV na unidade?

- Sim Não (*pule para a questão 35*)

33. Informe o tipo de refeição ofertada na unidade: (Admite múltiplas respostas)

- café da manhã
- lanche da manhã
- almoço
- lanche da tarde
- jantar
- ceia

34. Informe onde é preparado e o tipo de alimento ofertado na unidade aos usuários do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos:

- Preparado na unidade com alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, carnes, leite, ovos)
- Preparado na unidade com alimentos ultraprocessados (refrigerantes, sucos de caixa, margarina, biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, salsicha)
- Preparado na unidade com alimentos in natura e alimentos ultraprocessados
- Adquirido de terceiros com alimentos in natura
- Adquirido de terceiros com alimentos ultraprocessados
- Adquirido de terceiros com alimentos in natura e alimentos ultraprocessados

35. Indique os temas normalmente discutidos com as(os) usuárias(os) do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: (Admite múltiplas respostas)

- Saúde, meio ambiente, cultura, esporte etc.
- Direitos e programas sociais
- Segurança alimentar e nutricional
- Igualdade entre homens e mulheres
- Orientação sexual e de identidade de gênero
- Identidade e relações étnico-raciais

- Prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas
- Prevenção à violência
- Parentalidade (ações de cuidado dos responsáveis para com as crianças e adolescentes)
- Deficiência e acessibilidade
- Mundo do trabalho
- Orientações sobre higiene e cuidados pessoais
- Outros. Qual? _____.

BLOCO 4 – GESTÃO

36. Quais formas de participação são utilizadas nesta unidade? (*Admite múltiplas respostas*)

- 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 planejamento e avaliação da oferta (questionário de satisfação, pesquisa de opinião, urna de sugestões, grupos de aplicativos de mensagens, redes sociais)
- Outras. Quais? _____
- Não há formas de participar

BLOCO 5 – GESTÃO DO TRABALHO

37. O(a) coordenador(a) desta Unidade: (*resposta única*)

- Exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
- Acumula as funções de coordenador(a) e de orientador/educador social do SCFV nesta Unidade
- Acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade nesta Unidade que não é relacionada ao SCFV
- Não há coordenador(a) nesta Unidade (*caso marque que há coordenador nesta questão, será necessário informar quem é o coordenador na questão seguinte*).

Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, email, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária de cada membro da equipe deste Centro de Convivência: *(Caso necessário, atualize no CADSUAS)*

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

* O número de CPF é obrigatório.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Centro de Convivência	Carga Horária
0 – Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1. Comissionado	1. Coordenador(a)	1. Até 10 horas semanais
1 – Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicóloga(o)	2. Servidor/Estatutário	2. Educador(a) Social	2. De 11 a 20 horas semanais
2 – Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagoga(o)	3. Servidor Temporário	3. Apoio administrativo	3. De 21 a 30 horas semanais
3 – Ensino Médio Incompleto	4 – Advogada(o)	4. Empregado Público Celetista - CLT	4. Estagiário(a)	4. De 31 a 40 horas semanais
4 – Ensino Médio Completo	5 – Administrador(a)	5. Empregado Celetista do Setor Privado	5. Serviços Gerais	5. De 41 a 44 horas semanais
5 – Ensino Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)	6. Terceirizado	6. Técnico(a) de Nível Superior	6. Mais de 44 horas semanais
6 – Ensino Superior Completo	7 – Socióloga(o)	7. Outro vínculo não permanente	7. Outros	
7 – Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Voluntário		
8 – Mestrado	9 – Cientista política(o)			
9 – Doutorado	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			

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, à Função de cada pessoa e a carga horária.

BLOCO 6 – RESPONSÁVEL**Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela unidade:**

Nome: _____

CPF: _____ Data de preenchimento: ___ / ___ / _____

Cargo/Função: 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 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)