



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

## INSTRUÇÃO NORMATIVA SBE Nº 01/2015

**Dispõe sobre orientações e procedimentos para cadastramento, concessão de benefícios, execução de programas e prestação de serviços no âmbito da Proteção Social Básica e Proteção Social Especial pela Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS, do Município de Itarana/ES.**

**Versão:** 01

**Aprovação em:** 30/09/2015

**Ato de aprovação:** Decreto nº631/2015

**Unidade Responsável:** Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS.

### **CAPÍTULO I DA FINALIDADE**

**Art. 1º** A presente Instrução Normativa tem como finalidade orientar e disciplinar os procedimentos para cadastramento, concessão de benefícios, execução de programas e prestação de serviços no âmbito das Proteções Sociais Básica e Especial pela Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS, do Município de Itarana/ES.

### **CAPÍTULO II DA ABRANGÊNCIA**

**Art. 2º** A presente Instrução Normativa abrange:

**I** – A Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS, no âmbito das proteções básica e especial;

**II** – A Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS;

**III** – A Secretaria Municipal de Educação – SEMED;

**IV** – A Secretaria Municipal de Administração e Finanças – SEMAF;

**V** – O Conselho Tutelar;

**VI** – As entidades conveniadas com o Poder Executivo Municipal inscritas no CMAS;

VII – O Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS;

VIII – Demais Conselhos de Direitos.

### **CAPÍTULO III DOS CONCEITOS**

**Art. 3º** Para fins desta instrução normativa considera-se:

**I – Instrução Normativa – IN:** Documento que estabelece os procedimentos a serem adotados objetivando a padronização na execução de atividades e rotinas de trabalho.

**II – Unidade Central de Controle Interno – UCCI:** É o órgão central do Sistema de Controle Interno (SCI), no âmbito do Poder Executivo Municipal, responsável pela coordenação, orientação e supervisão do conjunto de atividades de controle exercidas internamente em toda a estrutura organizacional, cuja responsabilidade básica é exercer controles essenciais e avaliar a eficiência e eficácia dos demais controles, apoiando o controle externo no exercício de sua missão institucional.

**III – Unidade Responsável:** É a unidade que atua como órgão central de cada Sistema Administrativo do Poder Executivo Municipal, conforme o Anexo Único do Decreto Municipal nº 410/13, identificada como “Unidade Responsável” pela Instrução Normativa, a quem cabe definir e formatar as Instruções Normativas inerentes ao seu respectivo Sistema.

**IV – Unidades Executoras – UE:** São as diversas unidades da estrutura organizacional do Poder Executivo Municipal sujeitas às rotinas de trabalho e aos procedimentos de controle estabelecidos nas Instruções Normativas.

**V – Sistema Único de Assistência Social – SUAS:** Política de assistência social, que tem por funções a proteção social, a vigilância sócioassistencial e a defesa dos direitos, organiza-se sob a forma de sistema público não contributivo, descentraliza e participativo.

**VI – Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS:** Lei que disciplina sobre a organização da assistência social no âmbito Federal.

**VII – Política Nacional de Assistência Social - PNAS:** Política que, junto com as políticas setoriais, considera as desigualdades sócioterritoriais, visando seu enfrentamento, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender à sociedade e à universalização dos direitos sociais.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

**VIII – Proteção Social Básica - PSB:** Nível de proteção, estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social, que objetiva a prevenção de situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de fragilidade decorrente da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos ou fragilização de vínculos afetivos (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).

**IX – Proteção Social Especial - PSE:** Tem caráter protetivo e destina-se às famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, cujos direitos tenham sido violados ou ameaçados. Para integrar as ações da proteção especial, é necessário que o cidadão esteja enfrentando situações de violações de direitos. Divide-se em dois níveis de proteção: média complexidade e alta complexidade.

**X – Proteção Social Especial de Média Complexidade:** Oferta atendimento especializado a famílias e indivíduos que vivenciam situações de vulnerabilidade, com direitos violados, geralmente inseridos no núcleo familiar. A convivência familiar está mantida, embora os vínculos possam estar fragilizados ou até mesmo ameaçados. São serviços de média complexidade: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI, Serviço de Proteção Social a Adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas de Liberdade Assistida - LA, Prestação de Serviço a Comunidade - PSC, Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, Serviço Especializado para pessoas em situação de rua e serviço especializado em abordagem social.

**XI – Proteção Social Especial de Alta Complexidade:** Oferta atendimento às famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violações de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem. O serviço de acolhimento institucional compõe a proteção social especial de alta complexidade no município de Itarana.

**XII – Centro de Referência da Assistência Social - CRAS:** Unidade pública, estatal, descentralizada da Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, dada a sua capilaridade nos territórios e é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. O principal serviço ofertado é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, cuja execução é obrigatória e exclusiva.

**XIII – Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS:** Unidade pública e estatal de abrangência municipal que tem como papel



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

constituir-se em local de referência da oferta de trabalho social especializado no Sistema Único de Assistência Social – SUAS a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. O serviço de proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos - PAEFI deve ser ofertado exclusivamente na unidade CREAS.

**XIV – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF:** Trabalho de caráter continuado que visa o fortalecimento da função de proteção das famílias, prevenindo a ruptura de laços, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Dentre seus objetivos, destacam-se atualmente em articulação com o SCFV, possibilitando a operacionalização e organização do atendimento e/ou acompanhamento das famílias dos usuários inseridos nesses serviços. Dessa forma, a execução do SCFV viabiliza a identificação de elementos que subsidiem o desenvolvimento realizado com as famílias no âmbito do PAIF.

**XV – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI:** É um serviço de média complexidade, de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. Compreende atenções e orientações direcionadas para promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e para o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam e as submetem a situações de risco pessoal e social. O PAEFI deve ser ofertado exclusivamente na unidade CREAS.

**XVI – Rede Socioassistencial:** Conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade.

**XVII – Referência e Contra-referência:** A referência compreende o encaminhamento, feito pelo CRAS, a qualquer serviço socioassistencial ou para outra política setorial no seu território de abrangência, e a contra-referência, inversamente ao conceito de referência, compreende os encaminhamentos feitos do CREAS ou de outro serviço setorial ao CRAS.

**XVIII – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV:** Serviço realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. Organiza-se de forma a ampliar trocas culturais e vivências, desenvolver o sentimento de pertença e identidade, fortalecer vínculos



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária.

**XIX – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CADÚNICO:** Instrumento que permite a identificação e caracterização das famílias brasileiras de baixa renda de cada município, no qual devem ser cadastradas famílias com renda familiar mensal *per capita* de até meio salário mínimo ou famílias que possuam renda familiar total mensal de até 03 (três) salários mínimos.

**XX – Programa Bolsa Família – PBF:** Criado pela Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004, é um Programa de transferência direta de renda, com condicionalidades direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, de modo que consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza, baseando-se na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos.

**XXI – Benefício de Prestação Continuada - BPC:** Benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de 01 (um) salário mínimo ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo vigente.

**XXII – Famílias de Baixa Renda:** Segundo o Decreto Federal Nº 6.135/07, são aquelas com renda familiar mensal *per capita* de até meio salário mínimo ou que possua renda familiar mensal de até 03 (três) salários mínimos.

**XXIII – Pobreza e extrema pobreza:** Levando em consideração a Linha de pobreza que é o termo utilizado para descrever o nível de renda anual com o qual uma pessoa ou uma família não possui condições de obter todos os recursos necessários para viver. A linha de pobreza é, geralmente, medida em termos *per capita* (expressão latina que significa "por cabeça"). O Governo Federal adota como medida de extrema pobreza familiar rendimentos mensais abaixo de R\$ 77,00 por pessoa, e pobreza familiar rendimentos mensais abaixo de R\$ 154,00 por pessoa. Para fim desta normativa, será considerada como pobreza, este perfil de renda levando em consideração as atualizações realizadas pelo Governo Federal.

**XXIV – Vulnerabilidade Social:** Se refere à condição de indivíduos ou grupos em



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

situação de fragilidade, que os tornam expostos a riscos e a níveis significativos de desagregação social. Relaciona-se ao resultado de qualquer processo de desproteção, exclusão, conflitos, discriminação, abandono, apartação, confinamento, isolamento, violência ou enfraquecimento de indivíduos ou grupos, provocado por fatores, tais como pobreza, crises econômicas, nível educacional deficiente, localização geográfica precária e baixos níveis de capital social, humano ou cultural dentre outros, que gera fragilidade dos atores no meio social.

**XXV – Elegibilidade:** Cumprimento dos critérios determinados pelos programas sociais do governo federal para tornar os cidadãos elegíveis, selecionados, aptos a terem direito aos benefícios, sendo que cada programa tem critérios diversos de acordo com a sua natureza.

**XXVI – Busca Ativa:** Estratégia para levar o Estado ao cidadão sem esperar que as pessoas em situação de vulnerabilidade social cheguem até o poder público.

**XXVII – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego - PRONATEC:** Executado pela União, com a finalidade de ampliar a oferta de educação profissional e tecnológica, por meio de programas, projetos e ações de assistência técnica e financeira. Reúne iniciativas de oferta de qualificação sócio-profissional (parceria com o Ministério da Educação - MEC) e intermediação de mão-de-obra (parceria Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, por meio do Sistema Nacional de Emprego - SINE), que visam à colocação dos beneficiários em postos de emprego com carteira de trabalho e previdência assinada, além do apoio à microempreendedores e as cooperativas de economia solidária;

### CAPÍTULO IV DA BASE LEGAL

**Art. 4º** A presente instrução normativa tem como base legal:

**I** – Os arts. 203 e 204 da Constituição Federal;

**II** – O art. 167 da Constituição Estadual;

**III** – A Lei Estadual nº 9.966/12 – Sistema Único de Assistência Social no Estado do Espírito Santo;

**IV** – A Lei Federal nº 12.435/11 – Sistema Único de Assistência Social – SUAS;

**V** – A Lei Federal nº 10.836/04 – Programa Nacional do Bolsa Família;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA**

- VI** – A Portaria MDS nº 177/11 – Gestão do Cadastro Único (CADÚNICO);
- VII** – A Lei Federal nº 12.513/11 – Programa Nacional de Ensino Técnico e Emprego – PRONATEC;
- VIII** – A Lei Federal nº 12.852/13 – Estatuto Nacional da Juventude;
- IX** – A Lei Federal nº 8.742/93 – Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS;
- X** – A Lei nº. 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente;
- XI** – A Resolução CNAS nº 109/09 – Tipificação Nacional de Serviços Sócio-assistenciais;
- XII** – A Resolução do CNAS nº 145/04 – Política Nacional de Assistência Social - PNAS;
- XIII** – A Resolução CNAS nº 33/12 – NOB/SUAS;
- XIV** – Os arts. 207 e 208 da Lei Orgânica Municipal nº 676/02;
- XV** – A Lei Complementar Municipal nº 003/09 – Cria a SEMAS;
- XVI** – A Lei Municipal nº 996/12 – Cria o Fundo Municipal de Assistência Social e o Conselho Municipal de Assistência Social;
- XVII** – A Lei Municipal nº 1.048/13 – Lei do Sistema de Controle Interno do Município de Itarana regulamentada pelo Decreto Municipal nº 410/13;
- XVIII** – A Instrução Normativa SCI nº 01/13 (Norma das Normas);
- XIX** – A Lei Municipal nº 955/11 – Lei dos Benefícios Eventuais de Assistência Social.

**CAPÍTULO V  
DAS RESPONSABILIDADES**

**Art. 5º** São responsabilidades da Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS, como Órgão Central do Sistema de Bem Estar Social – SBE, e Unidade Responsável do Sistema Único de Assistência Social – SUAS:

- I** – Promover a divulgação e implementação da Instrução Normativa, mantendo-a atualizada, orientar as áreas executoras e supervisionar sua aplicação;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

**II** – Promover discussões técnicas com as unidades executoras e com a Unidade Central de Controle Interno, para definir as rotinas de trabalho e os respectivos procedimentos de controle que devem ser objeto de alteração, atualização ou expansão;

**III** – Manter a Instrução à disposição de todos os servidores da unidade, velando pelo seu fiel cumprimento;

**IV** – Apoiar e subsidiar tecnicamente o Conselho Municipal de Assistência Social;

**V** – Receber e disseminar as orientações prestadas pelo Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome – MDS;

**VI** – Incentivar a formação e ampliação de corpos técnicos especializados e capacitados, permitindo acesso ao conhecimento de modo a potencializar sua capacidade de intervenção e acesso aos recursos disponibilizados pelos programas da PNAS;

**VII** – realizar a capacitação continuada dos profissionais do SUAS;

**VIII** – Orientar os serviços da PSB e PSE quanto a execução desta Instrução Normativa, supervisionando a sua aplicação.

**Art. 6º** São responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, da Secretaria Municipal de Educação – SEMED, Secretaria Municipal de Administração e Finanças – SEMAF e da Defesa Civil Municipal:

**I** – Atuar em rede, viabilizando os serviços solicitados.

**Art. 7º** Caberá as Coordenadorias dos serviços da SEMAS:

**I** – Alertar ao Secretário Municipal da SEMAS sobre alterações que se fizerem necessárias nas rotinas de trabalho;

**II** – Manter esta Instrução Normativa à disposição de todos os servidores públicos, zelando pelo fiel cumprimento da mesma;

**III** – Cumprir fielmente as determinações contidas nesta instrução normativa;

**IV** – Solicitar ao Secretário Municipal da SEMAS os meios materiais para a unidade executora, a fim de que essa possa cumprir as determinações previstas nesta instrução normativa;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

**V** – Articular as ações junto à política de assistência social e às outras políticas públicas visando fortalecimento da rede de serviços socioassistenciais, responsabilizando-se pela organização das ações ofertadas pelos serviços;

**VI** – Promover a utilização dos dados do CadÚnico para o planejamento e gestão de políticas públicas e programas sociais voltados à população de baixa renda executados pelo governo local;

**VII** – Cumprir com as funções específicas exigidas na legislação que rege o serviço de sua responsabilidade.

**Art. 8º** Da responsabilidade do Almojarifado:

**I** – Dispensar os benefícios eventuais mediante autorização emitida por técnico de nível superior das Equipes de Referência, preferencialmente um Assistente Social ou, na ausência deste por um Psicólogo.

**Art. 9º** Da responsabilidade do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS:

**I** – Formular estratégias de controle social para a execução da Política Nacional de Assistência Social – PNAS.

**Art. 10.** Da responsabilidade do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA:

**I** – Formular e coordenar a política municipal com vistas as garantias da promoção, defesa, orientação e à proteção integral da criança e do adolescente.

**Art. 11.** Da responsabilidade do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa – CMDPI:

**I** – Formular e coordenar a política municipal com vistas às garantias da promoção, defesa, orientação e à proteção integral da pessoa idosa.

**Art. 12.** Da responsabilidade do Conselho Tutelar:

**I** – Requisitar serviços à rede de proteção;

**II** – Atuar em rede encaminhando e recebendo encaminhamento da rede de serviços.

**Art. 13.** Da responsabilidade das entidades de assistência social conveniadas



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

com o Poder Executivo Municipal:

**I** – Providenciar e manter nos termos da legislação específica a inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS visando consecução e a manutenção da Certificação de Entidade Beneficentes de Assistência Social – CEBAS;

**II** – Atuar em rede de forma a garantir os direitos dos usuários, utilizando-se da referência e contra-referência;

**III** – Apresentar plano de trabalho para firmar convênio de acordo com a legislação municipal e mediante aprovação do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS;

**IV** – Prestar contas ao final do prazo do convênio de acordo com a legislação municipal e mediante aprovação do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS.

### **CAPÍTULO VI DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

**Art. 14.** A Assistência Social é um direito do cidadão e dever do Estado, instituído pela Constituição Federal de 1988. A partir de 1993, com a publicação da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é definida como Política de Seguridade Social, compondo o tripé da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e Previdência Social, com caráter de Política Social articulada a outras políticas do campo social.

**Art. 15.** A Assistência Social, diferentemente da previdência social, não é contributiva, ou seja, deve atender a todos os cidadãos que dela necessitarem. Realiza-se a partir de ações integradas entre a iniciativa pública, privada e da sociedade civil, tendo por objetivo garantir a proteção social à família, à infância, à adolescência, à velhice; amparo a crianças e adolescentes carentes; à promoção da integração ao mercado de trabalho e a reabilitação e promoção de integração à comunidade para as pessoas com deficiência e o pagamento de benefícios aos idosos e as pessoas com deficiência.

**Art. 16.** O Sistema Único de Assistência Social – SUAS, instituído em 2005, descentralizado e participativo, que tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira, consolidando o modo de gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os três entes federativos que, de modo articulado e complementar, operam a proteção social não contributiva de seguridade social no campo da

assistência social.

**Art. 17.** O SUAS organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social.

**I – Proteção Social Básica:** Destina-se à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social;

**II – Proteção Social Especial:** destina-se a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos.

**Art.18.**O SUAS engloba também a oferta de Benefícios Assistenciais, prestados a públicos específicos de forma articulada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade. Também gerencia a vinculação de entidades e organizações de assistência social ao Sistema, mantendo atualizado o Cadastro Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social e concedendo certificação a entidades beneficentes, quando é o caso.

## **CAPÍTULO VII DOS CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS**

### **Seção I Da Estrutura, do Funcionamento e do Atendimento**

**Art. 19.** A sede do CRAS se constituirá, no mínimo, com a seguinte estruturação:

- I – Recepção;**
- II – Sala de atendimento;**
- III – Sala de uso coletivo;**
- IV – Sala administrativa;**
- V – Copa e cozinha;**
- VI – Banheiros.**

**Art. 20.** O funcionamento do CRAS deve compreender 5 (cinco) dias por semana com turno mínimo de 08 (oito) horas diárias, sendo adotado pela SEMAS o seu



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

horário de funcionamento como das 07h:00min. às 16h:00min., podendo ocorrer alterações conforme a necessidade e, eventualmente, por atividades complementares noturnas, em feriados ou finais de semana.

**Art. 21.** O atendimento as famílias pela Equipe Técnica do CRAS, mediante agendamento prévio, dar-se-á pela seguinte forma:

I – Acolhida, quando a família não possui cadastro no CRAS, com o cadastramento familiar no qual será realizado o preenchimento do Cadastro do CRAS(ANEXO I);

II – Demanda Espontânea para as famílias já cadastradas, com o registro do atendimento junto ao seu Prontuário.

**Parágrafo Único:** A equipe técnica do CRAS definirá em relação ao usuário por ela atendido, qual a necessidade de acompanhamento familiar e/ou encaminhamentos aos demais serviços.

**Art. 22.** O Coordenador do CRAS comunicará no prazo de 24 horas ao Secretário Municipal de Assistência Social a existência de medidas ou a intercorrência que comprometa o funcionamento ou atendimento aos usuários que deverá ser obrigatoriamente comunicada, mediante ofício a SEMAS, que emitirá parecer sobre o ocorrido.

## **Seção II Dos Serviços Ofertados**

### **Subseção I Programa de Atenção Integral a Família – PAIF**

**Art. 23.** Poderão ser incluídas no Programa de Atenção Integral a Família – PAIF:

I – As famílias:

**a)** beneficiárias de programas de transferência de renda e benefícios assistenciais;

**b)** com beneficiários do BPC;

**c)** que atendem aos critérios de elegibilidade dos programas de transferência de renda e/ou benefícios assistenciais, mas que ainda não foram contempladas;

**d)** em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

sociabilidade e/ou qualquer outra situação de vulnerabilidade e risco social, residentes nos territórios de abrangência dos CRAS;

**e)** em situação de vulnerabilidade em decorrência de dificuldades vivenciadas por algum de seus membros.

**II – As Pessoas:**

**a)** com deficiência, e/ou

**b)** pessoas idosas que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social.

**Art. 24.** São formas de acesso ao Programa de Atenção Integral a Família – PAIF:

**I –** Por procura espontânea;

**II –** Por busca ativa;

**III –** Por encaminhamento da rede socioassistencial;

**IV –** Por encaminhamento das demais políticas públicas.

**Art. 20.** O acompanhamento dos beneficiários pelo Programa de Atenção Integral a Família – PAIF ocorrerá da seguinte forma:

**I –** Acolhida, cadastramento familiar com preenchimento do prontuário SUAS (ANEXO II);

**II –** Realização do plano de acompanhamento familiar - com acompanhamento individual ou em grupo;

**III –** Realização de oficinas;

**IV –** Realização de grupos;

**V –** Visita domiciliar;

**VI –** Acompanhamento psicossocial;

**VII –** Articulação com a rede, atividades comunitárias;

**VIII –** Referência e contra-referência;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

**IX** – Avaliação e monitoramento.

**Art. 25.** Os beneficiários serão desligados do PAIF mediante as seguintes ações:

**I** – Avaliação por parte da equipe técnica, juntamente com a família, encerrando o plano de acompanhamento familiar;

**II** – Adequação do plano de acompanhamento familiar, podendo haver encaminhamento a rede de serviços e/ou outras políticas.

**Parágrafo único.** Nos casos referenciados nos incisos I e II deste artigo os respectivos procedimentos deverão se registrados no Prontuário SUAS da respectiva família.

### **Subseção II**

#### **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV**

**Art. 26.** Poderão ser incluídos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV as crianças, os adolescentes, os adultos e as pessoas idosas territorialmente referenciadas aos CRAS, e prioritariamente de acordo com a RESOLUÇÃO Nº 01, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2013, as crianças, adolescentes e pessoas idosas:

**I** – Em situação de isolamento;

**II** – Trabalho infantil;

**III** – Vivência de violência e, ou negligência;

**IV** – Fora da escola ou com defasagem escolar superior a 2 (dois) anos;

**V** – Em situação de acolhimento;

**VI** – Em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto;

**VII** – Egressos de medidas socioeducativas;

**VIII** – Situação de abuso e/ ou exploração sexual;

**IX** – Com medidas de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA;

**X** – Crianças e adolescentes em situação de rua;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

**XI** – Vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência.

**Art. 27.** Das formas de acesso ao SCFV:

**I** – Procura espontânea;

**II** – Busca ativa;

**III** – Encaminhamento pela rede socioassistencial;

**IV** – Encaminhamento pelas demais políticas públicas.

**Parágrafo Único:** Para forma de acesso referida no inciso I deste artigo, o Responsável Familiar (RF) e/ou indivíduo interessado deverá procurar a sede do CRAS para efetivar a pré-inscrição, munido dos documentos pessoais.

**Art. 28.** O SCFV realizará o acompanhamento dos usuários pela Equipe Técnica de Referência do CRAS e/ou CREAS da seguinte forma:

**I** – Visita domiciliar;

**II** – Atendimento psicossocial;

**III** – Acompanhamento das atividades coletivas;

**IV** – Acompanhamento dos usuários inseridos nos grupos.

**Art. 29.** O desligamento dos usuários do SCFV se dará através:

**I** – De avaliação da equipe técnica, juntamente do usuário/família;

**II** – Da solicitação pela família e/ou indivíduo;

**III** – Do encaminhamento a rede de serviços e/ou outras políticas.

**Art. 30.** O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV deverá ser referenciado ao CRAS do município, mas contará com uma coordenação própria.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

## **CAPÍTULO VIII**

### **DO CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO FEDERAL**

**Art. 31.** O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico permite conhecer a realidade socioeconômica das famílias cadastradas, trazendo informações de todo o núcleo familiar, das características do domicílio, das formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dados de cada um dos componentes da família.

**Art. 32.** A realização da inclusão e/ou atualização do cadastro da família no CadÚnico se dá através da coleta de dados, a qual poderá ser:

**I** – Por meio de visita domiciliar as famílias, principalmente nos casos de inclusão;

**II** – Em postos de coleta fixos, dotados de infraestrutura apropriada ao atendimento dessa população;

**III** – Em postos de coleta itinerantes.

**Parágrafo único.** Independentemente da forma de coleta de dados adotada, o município deve manter postos de atendimento fixos em constante funcionamento, para atender às famílias que procuram o poder público local para o cadastramento ou atualização cadastral.

**Art. 33.** A infra-estrutura mínima exigida para funcionamento do CadÚnico compreende:

**I** – Locais onde funcionem, de forma contínua, postos de atendimento com condições mínimas para o recebimento dessas famílias, tais como:

**a)** sanitário;

**b)** acessibilidade para pessoas com deficiência;

**c)** atendimento preferencial para idosos e gestantes;

**d)** água potável.

**II** – Local para o trabalho dos digitadores/entrevistadores, equipado com computadores com acesso à internet e impressoras;

**III** – Local para arquivamento dos formulários.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

**Art. 34.** O setor do CadÚnico funciona na sede do CRAS 5 (cinco) dias por semana, das 07h às 16h, podendo haver alterações conforme a necessidade do local e eventualmente atividades complementares noturnas, em feriados ou fins de semana.

**Art. 35.** A equipe mínima necessária ao desempenho das atividades para o funcionamento do CadÚnico deverá ser composta por:

I – Entrevistador;

II – Digitador/operador;

III – Coordenador.

**Parágrafo único.** Dependendo do quantitativo de famílias que compõem o público do CadÚnico, o município poderá manter um profissional para desempenhar mais de uma atividade.

**Art. 36.** Poderão ser incluídas no CadÚnico as famílias brasileiras de baixa renda, através das seguintes formas de acesso:

I – Procura espontânea;

II – Busca ativa;

III – Encaminhamento pela rede socioassistencial;

IV – Encaminhamento pelas demais políticas públicas.

**Art. 37.** Atualmente existem mais de 18 (dezoito) programas sociais do que utilizam o CadÚnico, dentre eles estão:

I – Programas e Ações do Plano Brasil sem Miséria;

II – Programa Bolsa Família (PBF);

III – Programa Brasil Carinhoso;

IV – PRONATEC;

V – SCFV para crianças, adolescentes e idosos;

VI – Programa Minha Casa, Minha Vida e outros;

**VII** – PNHR – Programa Nacional de Habitação Rural;

**VIII** – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI);

**IX** – Isenção de Pagamento de Taxa de inscrição em Concursos Públicos Federais;

**X** – Carteira do Idoso;

**XI** – Segurado Facultativo - Aposentadoria para Dona de Casa (contribuição de 5% do INSS);

**XII** – Telefone Popular (Acesso Individual Classe Especial – AICE);

**XIII** – Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE);

**XIV** – Programas Estaduais de Transferência de Renda;

**XV** – Programa Bolsa Capixaba.

**Art. 38.** O desligamento da família e/ou indivíduo junto ao CadÚnico poderá dar-se-á através de:

**I** – Falecimento de toda a família;

**II** – Solicitação do indivíduo para ser excluído do núcleo familiar;

**IV** – Decisão judicial.

**V** – Recusa da família em prestar informações, omissão ou prestação de informações inverídicas, por comprovada má-fé;

**VI** – Não localização da família para atualização ou revalidação cadastral, por período igual ou superior a 04 (quatro) anos contados da inclusão ou da última atualização cadastral.

**Art. 39.** O cadastro da família junto ao CadÚnico não significa a inclusão automática nos programas sociais. A seleção e o atendimento da família por esses programas ocorrem de acordo com os critérios e procedimentos de cada um deles.

## Seção I DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA – PBF

**Art. 40.** O PBF – Programa Bolsa Família objetiva a transferência direta de renda, com condicionalidades para as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza e se utiliza das informações registradas no CadÚnico para a seleção dos beneficiários. Os benefícios são concedidos às famílias caracterizadas pela renda per capita conforme legislação pertinente.

**Art. 41.** A permanência da família no PBF dependerá do cumprimento no que couber de condicionantes relativas ao acompanhamento de saúde, à frequência escolar e à atualização cadastral.

**Art. 42.** O ingresso das famílias no PBF ocorrerá na forma estabelecida pelo MDS, após o registro dos seus integrantes no CadÚnico.

**Art. 43.** A concessão dos benefícios do PBF tem caráter temporário e não gera direito adquirido, devendo a elegibilidade das famílias, para o recebimento de tais benefícios, ser obrigatoriamente revista ao período máximo de 02 (dois) anos, através da revisão cadastral do CadÚnico.

**Art. 44.** A equipe responsável pela gestão municipal do PBF é a mesma do CadÚnico.

**Art. 45.** O Comitê Municipal Intersetorial do Programa Bolsa Família, nomeado pela Gestão Municipal é composta pelos coordenadores do programa Bolsa Família nas áreas de educação, saúde e assistência social, tendo como principais atribuições:

**I –** Monitorar a evolução do acompanhamento das condicionalidades, assim como o registro nos sistemas específicos;

**II –** Planejar e articular estratégias, com a rede de proteção social, para superação das situações de vulnerabilidade, conforme os resultados dos motivos de descumprimento;

**III –** Subsidiar e prestar informações aos Conselhos Municipais de Assistência Social, Educação e Saúde nos conteúdos e dimensões do PBF;

**IV –** Construir e executar o Plano Intersetorial do PBF;

**Art. 46.** A fiscalização do Bolsa Família tem como meta primordial garantir a efetividade e a transparência na implementação do Programa, assegurando o



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

cumprimento das regras e princípios que albergam tal política pública e a garantia de acesso das famílias mais vulneráveis ao PBF, sendo imprescindível a disponibilização de um assistente social para compor a equipe do CadÚnico, que será responsável pela averiguação municipal do Programa.

## **CAPÍTULO IX DO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CREAS**

### **Seção I DO OBJETIVO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO**

**Art. 47.** O CREAS atende famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, visando, dentre outros aspectos:

- I – O fortalecimento da função protetiva da família;
- II – A interrupção de padrões de relacionamento familiares e comunitários com violação de direitos;
- III – A potencialização dos recursos para a superação da situação vivenciada e reconstrução de relacionamentos familiares, comunitários e com o contexto social, ou construção de novas referências, quando for o caso;
- IV – O acesso das famílias e indivíduos a direitos socioassistenciais e a rede de proteção social;
- V – O exercício do protagonismo e da participação social;
- VI – A prevenção de agravamentos e da institucionalização.

**Art. 44.** Não compete ao CREAS:

- I – Ocupar lacunas provenientes da ausência de atendimentos que devem ser ofertados na rede socioassistencial;
- II – Assumir a responsabilidade da segurança pública (delegacias especializadas, unidades do sistema prisional, etc.), dos órgãos de defesa e responsabilização (Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Conselho Tutelar) ou de outras políticas (saúde mental, etc.);
- III – Assumir atribuição de investigação para a responsabilização dos autores de

violência.

**Art. 45.** A localização do CREAS deve ser estratégica, de fácil acesso, próximo das áreas com maior concentração do público a ser atendido.

**Art. 46.** São espaços necessários ao CREAS:

I – Recepção;

II – Salas específicas para uso da coordenação, equipe técnica ou administração;

III – Salas de atendimento, individual, familiar e em grupo, em quantidade condizente com os serviços ofertados e a capacidade de atendimento da unidade;

IV – Banheiros;

V – Copa e/ou cozinha.

**Art. 47.** O CREAS deve funcionar, no mínimo, de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h e 30 minutos, podendo haver alterações conforme a necessidade do local e de realização de atividades noturnas, em feriados ou finais de semana, que são complementares e ocorrem de forma eventual.

**Art. 48.** Qualquer medida ou intercorrência que comprometa o funcionamento ou atendimento aos usuários, deverá ser obrigatoriamente comunicada, mediante ofício a SEMUAS, que emitirá parecer sobre o ocorrido.

## **Seção II DOS SERVIÇOS OFERTADOS**

### **Subseção I SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS – PAEFI**

**Art. 49.** Poderão ser incluídas no PAEFI as famílias e indivíduos que sofram:

I – Violência física, psicológica e negligência;

II – Violência sexual - abuso e/ou exploração sexual;

III – Tráfico de pessoas;

IV – Abandono;

**V** – Aprática de trabalho infantil;

**VI** – Discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia;

**VII** – Outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir de autonomia e bem estar; ou

**VIII** – Descumprimento de condicionalidades do PBF em decorrência de violação de direitos.

**Art. 50.** O acesso ao PAEFI se dará por:

**I** – Identificação e encaminhamento dos serviços de proteção e vigilância socioassistencial;

**II** – Encaminhamento de outros serviços socioassistenciais, das demais políticas públicas setoriais, dos demais órgãos e do Sistema de Segurança Pública;

**III** – Demanda espontânea.

**Art. 51.** O PAEFI acompanhará os usuários do serviço através do(a):

**I** – Acolhida;

**II** – Escuta;

**III** – Estudo social;

**IV** – Visita domiciliar e institucional, quando necessário;

**V** – Diagnóstico socioeconômico;

**VI** – Monitoramento e avaliação do serviço;

**VII** – Orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais;

**VIII** – Construção de plano individual e/ou familiar de atendimento;

**IX** – Orientação sociofamiliar;

**X** – Atendimento psicossocial;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

- XI** – Orientação jurídico-social;
- XII** – Referência e contra-referência;
- XIII** – Informação;
- XIV** – Comunicação e defesa de direitos;
- XV** – Apoio à família na sua função protetiva;
- XVI** – Acesso à documentação pessoal;
- XVII** – Mobilização de família extensa ou ampliada e/ou acolhedora;
- XVIII** – Articulação da rede de serviços socioassistenciais;
- XIX** – Articulação com os serviços de outras políticas públicas setoriais;
- XX** – Articulação interinstitucional com os demais órgãos;
- XXI** – Mobilização para o exercício da cidadania;
- XXII** – Trabalho interdisciplinar;
- XXIII** – Elaboração de relatórios e/ou prontuários;
- XXIV** – Desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social;
- XXV** – Mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio;
- XXVI** – Atividades de convívio e de organização da vida cotidiana;
- XXVII** – Orientação e encaminhamento para a rede de serviços locais.

**Art. 51.** O desligamento dos usuários do serviço se dará:

**I** – Por meio de avaliação da equipe técnica, juntamente com o usuário, quanto ao cumprimento do plano de acompanhamento familiar/individual, verificando se os seguintes objetivos foram atingidos:

- a)** rompimento de padrões violadores de direitos no interior da família;
- b)** reparação de danos e da incidência da violação de direitos;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

- c) prevenção da reincidência de violações de direitos;
  - d) fortalecimento da família no desempenho de sua função protetiva e sua inclusão no sistema de proteção social e nos serviços públicos;
  - e) restauração da integridade e autonomia dos usuários.
- II – Por não adesão do usuário às intervenções realizadas pelo serviço.

**Parágrafo único.** No caso do inciso II deste artigo e tratando-se de criança ou adolescente, após seu desligamento, os órgãos competentes (Ministério Público, Poder Judiciário e Conselho Tutelar) deverão ser comunicados por meio de relatório.

**Art. 52.** Feito o desligamento do PAEFI, e havendo indicação da equipe de referência, o usuário será encaminhado para o serviço de Proteção Social Básica - PSB.

## **Subseção II SERVIÇOS REFERENCIADOS AO CREAS**

### **Subseção I SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL A ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS DE LIBERDADE ASSISTIDA - LA E DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO A COMUNIDADE – PSC**

**Art. 53.** São espaços necessários ao LA e PSC:

**§1º.** Será utilizado o espaço do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, com a utilização da equipe existente, garantindo o mesmo horário de funcionamento deste equipamento.

**§2º.** Para a realização do acompanhamento, aplica-se o previsto no artigo 51 desta Instrução Normativa.

**Art. 54.** Poderão ser incluídos no serviço os adolescentes de 12 a 18 anos incompletos, ou jovens de 18 a 21 anos, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto de LA e de PSC.

**Art. 55.** O socioeducando acessará o serviço através de encaminhamento do Fórum da Comarca de Itarana.

**Art. 56.** Todo socioeducando percorrerá a seguinte trajetória de abordagens para

dar início ao seu acompanhamento:

I – Acolhimento;

II – 1º atendimento;

III – 1ª visita domiciliar;

IV – Estudo de caso;

V – Pactuação entre o socioeducando e a equipe técnica de referência do Serviço, responsável pelo Plano Individual de Atendimento - PIA.

**Art. 57.** No decorrer do acompanhamento do socioeducando deverá ser elaborado o PIA, instrumento de previsão, registro e gestão das atividades a serem desenvolvidas com o mesmo.

**Art. 58.** O PIA deverá ser dinâmico e flexível, podendo ser replanejado e repactuado sempre que existir necessidade.

**Art. 59.** Cada PIA construído e pactuado deverá constituir-se no caminho a ser seguido pela equipe, a partir da realidade de vida do socioeducando e seu contexto sociofamiliar, com enfoque interdisciplinar, buscando a participação protagonista do socioeducando e sua família, e contendo a distribuição de tarefas, avaliação de resultados e de responsabilidades técnicas assumidas, as metas a serem atingidas, não apenas no âmbito específico do serviço, mas na rede de atendimento em que estiver inserido.

**Art. 60.** O socioeducando será acompanhado desde sua inserção até o seu desligamento por um assistente social e psicólogo, que serão referência para o mesmo e para seu responsável legal.

**Art. 61.** A equipe técnica, responsável pelo socioeducando, obrigatoriamente encaminhará relatórios ao Fórum da Comarca de Itarana, relatando sobre a evolução do cumprimento da medida socioeducativa aplicada.

**Art. 62.** O acompanhamento do socioeducando compreenderá:

I – Acompanhamento social com frequência mínima semanal, inserção do socioeducando em outros serviços e programas socioassistenciais e de políticas públicas setoriais;

II – Criação de condições para a construção/reconstrução de projetos de vida;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

**III** – Estabelecimento de contatos com o adolescente a partir das possibilidades e limites do trabalho a ser desenvolvido e normas que regulem o período de cumprimento da medida socioeducativa;

**IV** – Contribuição para o estabelecimento da autoconfiança e a capacidade de reflexão sobre as possibilidades de autonomias;

**V** – Possibilidade de acessos e oportunidades para a ampliação do universo informacional e cultural e o desenvolvimento de habilidades e competências;

**VI** – Fortalecimento da convivência familiar e comunitária.

**Art. 63.** O desenvolvimento do cumprimento da medida socioeducativa de cada socioeducando será avaliada trimestralmente.

**Parágrafo único.** Em casos de medidas superiores há três meses ou inferior a este, a avaliação deverá ser feita no relatório final.

**Art. 64.** Através da avaliação da medida, pela equipe de referência, serão definidas as ações a serem tomadas em cada caso, optando pela sua manutenção, mudança ou extinção.

### **Seção III DOS SERVIÇOS OFERTADOS**

#### **Subseção I OUTROS SERVIÇOS SEGUNDO A TIPIFICAÇÃO NACIONAL DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS**

**Art. 65.** Em caso de necessidade e disponibilidade, será utilizado o espaço do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, com a utilização da equipe existente, garantindo o mesmo horário de funcionamento deste equipamento, para os seguintes serviços:

**I** – Pessoas em Situação de Rua;

**II** – Serviço Especializado em Abordagem Social;

**III** – Acolhimento Institucional para Mulheres.

**Parágrafo Único.** Para a realização do acompanhamento, aplica-se o previsto no artigo 51 desta Instrução Normativa.

## CAPÍTULO X SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

**Art. 67.** Não há no Município de Itarana o Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes, mas em caso de necessidade a entidade será contratada através da modalidade de chamada pública.

**Art. 68.** O acompanhamento dos usuários institucionalizados se dará da seguinte forma:

**I** – Realização de Acompanhamento Familiar pela equipe do CREAS do município de origem;

**II** – Visita domiciliar e institucional;

**III** – Escuta;

**IV** – Fortalecimento de laços afetivos e vínculos familiares;

**V** – Atendimento psicossocial aos acolhidos e familiares;

**VI** – Encaminhamentos para rede socioassistencial;

**VII** – Relatórios para o Judiciário;

**VIII** – PIA.

**IX** – Avaliação e monitoramento através de:

**a)** reunião mensal da equipe técnica, gestão e demais serviços da rede;

**b)** reunião da equipe técnica e gestão com a rede socioassistencial, de acordo com a demanda da instituição.

**Art. 69.** Periodicamente, deverá ser feita pela equipe do CREAS juntamente com a instituição, estudo de cada caso para observar a possibilidade da desinstitucionalização da criança ou adolescente.

**Parágrafo único.** Verificada esta possibilidade deverá ser elaborado um relatório psicossocial e encaminhado ao Ministério Público e ao Juizado da Infância e Juventude, com solicitação de audiência especial para análise do caso.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

**Art. 70.** Antes do encaminhamento para institucionalização é verificado a possibilidade da utilização de Família Extensa e/ou Acolhedora.

## **CAPÍTULO XI ATENDIMENTO SOCIAL**

### **Seção I DO OBJETIVO E FUNCIONAMENTO**

**Art. 71.** Compete a SEMAS garantir a orientação ou acesso aos direitos previstos pela PNAS na forma de benefícios eventuais e/ou BPC, podendo ser através de:

- I –** Auxílio Viagem – passagem;
- II –** Auxílio Cesta Básica;
- III –** Auxílio Funeral (urna mortuária e/ou traslado);
- IV –** Auxílio Natalidade;
- V –** Auxílio Moradia;
- VI –** Orientação ao BPC.

**Art. 72.** O serviço de atendimento social consiste numa ação intermediária da PNAS e será realizado por um assistente social da equipe técnico do CRAS e/ou do CREAS, visando a seguinte divisão:

- I –** O CRAS será responsável pela concessão do auxílio cesta básica, auxílio funeral (urna mortuária e/ou traslado), auxílio natalidade e pela orientação ao BPC;
- II –** O CREAS será responsável pela concessão do auxílio viagem e do auxílio moradia.

**Parágrafo único.** Nos casos de famílias e/ou indivíduos acompanhados por meio das equipes PAIF e PAEFI os benefícios eventuais também poderão ser concedidos pelos técnicos de referência dos mesmos.

### **Seção II**



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

## DOS BENEFÍCIOS EVENTUAIS

**Art. 73.** Dos critérios para concessão dos benefícios eventuais:

I – Os benefícios eventuais serão concedidos em conformidade ao que determina a Lei municipal nº 955/2011 e demais legislações vigentes.

**Art. 74.** Os documentos necessários para os benefícios eventuais, conforme o caso, são:

I – Documento de identificação com foto do beneficiário e do requerente;

II – CPF e/ou NIS;

III – Declaração ou certidão de óbito/nascimento;

IV – Comprovante de endereço;

V – Comprovante de renda, caso possua.

**Parágrafo único.** Caso o técnico verifique a necessidade poderá ser solicitado outros documentos para comprovação.

### Seção III DA INSERÇÃO E ACOMPANHAMENTO

**Art. 75.** Poderão passar pelo atendimento social as famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social que atendam aos critérios de renda estabelecidos pelas resoluções do CMAS, bem como pela LOAS.

**Art. 76.** Das formas de acesso:

I – Encaminhamento por outros serviços da rede de atendimento, vinculados a SEMAS, outros órgãos e Secretarias Municipais;

I – Demandas espontâneas.

**Art. 77.** O beneficiário é acolhido pela recepção do CRAS e/ou CREAS que encaminhará ao setor competente para o atendimento social.

**Art. 78.** Todo atendimento realizado é registrado no prontuário da família.

**Art. 79.** Para concessão dos benefícios são utilizados os seguintes instrumentos:



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

**I** – Formulário padrão do benefício eventual por natalidade e funeral, que deverá conter a data do atendimento, nome do requerente, número do documento pessoal, composição familiar do beneficiário (relação de parentesco e idade), endereço, telefone para contato, assinatura do responsável familiar, carimbo e assinatura do profissional responsável pelo atendimento (ANEXO III);

**II** – Autorização do benefício eventual concedido, encaminhada para a Gerência de Almoarifado Central, contendo o tipo de benefício, o número de controle, nome do beneficiário, documento pessoal, endereço, carimbo e assinatura do profissional responsável pelo atendimento, e a data da concessão (ANEXO IV);

**III** – Termo de recebimento do benefício eventual concedido, contendo o tipo de benefício, o número de controle, nome do beneficiário, documento pessoal, endereço, carimbo e assinatura do profissional responsável pelo atendimento, e a data da concessão, para arquivamento no prontuário da família (ANEXO V).

**IV** – Relatório social ou técnico com parecer elaborado pelos técnicos de referência do CRAS e/ou CREAS após os atendimentos e durante as visitas domiciliares, com intuito de realizar a descrição de detalhes e observações técnicas da ação a ser desenvolvida ou necessária.

#### **Seção IV**

#### **DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA– BPC**

**Art. 80.** Dos critérios de concessão do BPC/LOAS, estabelecidos pela LOAS:

**I** – Portador de deficiência incapacitado para o trabalho e para a vida independente ou pessoa idosa com mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade;

**II** – Renda per capita mensal inferior a um quarto do salário mínimo vigente;

**Parágrafo único.** O Centro de Referência de Assistência Social –CRAS e/ou a Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS é responsável pela oferta de informações sobre o BPC e os apoios necessários para requerê-lo. O órgão responsável pela concessão do benefício, por meio do recebimento do requerimento e pelo reconhecimento do direito ao BPC é a Agência do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

**Art. 81.** Documentos necessários para o requerimento do BPC:

**I** – Laudo médico com CID, descrevendo a doença e incapacidade para o trabalho (apenas do requerente);



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

**II** – Certidão de nascimento ou de casamento (do requerente e de todos componentes do grupo familiar);

**III** – Comprovante de endereço (apenas do requerente);

**IV** – Documentos pessoais (RG, CPF) do requerente e de todos componentes do grupo familiar;

**V** – CTPS dos integrantes do grupo familiar com idade igual ou superior a 15 anos.

## **CAPÍTULO XII**

### **DOS PROCEDIMENTOS PARA A REVOGAÇÃO DA INSTRUÇÃO NORMATIVA**

**Art. 82.** Dos Procedimentos para revogar a Instrução Normativa:

**I** – Caso haja direito fundamentado na legislação pátria e interesse da Unidade de Controle Interno e/ou da Unidade Administrativa em revogar a Instrução Normativa, deve-se proceder da seguinte forma:

**a)** protocolar a solicitação devidamente justificada na Unidade Central de Controle Interno que, após análise, remeterá à Assessoria Jurídica para análise e emissão de parecer;

**b)** enviar ao Chefe do Poder Executivo ou para quem for delegado para rubrica e assinatura.

## **CAPÍTULO XIII**

### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 83.** Esta Instrução Normativa deverá ser atualizada sempre que fatores organizacionais, legais e/ou técnicos assim exigirem, a fim de verificar a sua adequação aos requisitos da Instrução Normativa SCI nº 001/2013, bem como manter o processo de melhoria contínua dos serviços públicos municipais.

**Art. 84.** Dúvidas e/ou omissões geradas por esta Instrução Normativa deverão ser solucionadas junto à SEMAS.

**Art. 85.** Caberá à SEMAS divulgar, orientar e cumprir as orientações contidas nesta Instrução Normativa, dirimindo dúvidas e/ou omissões juntamente com a Unidade Central de Controle Interno, se necessário.

**Art. 86.** Os termos contidos nesta Instrução Normativa, não eximem a observância das demais normas competentes que devem ser respeitadas, inclusive as que servem de base legal para a presente Instrução, bem como suas futuras atualizações e/ou normas que as venham substituir.

**Art. 87.** O descumprimento do disposto nesta Instrução Normativa importará na



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

apuração de responsabilidade para aplicação das sanções cabíveis.

**Art. 88.** São os Anexos desta Instrução:

**I** – Anexo I: Novo Prontuário para Cadastro da Família no CRAS;

**II** – Anexo II: Prontuário SUAS;

**III** – Anexo III: Formulário para Concessão de Benefício Eventual;

**IV** – Anexo IV: Termo de Recebimento de Benefício Eventual;

**V** – Anexo V: Termo de Entrega de Benefício Eventual.

**Art. 89.** Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

Itarana/ES, 30 de setembro de 2015.

**ADEMAR SCHENEIDER**

Prefeito do Município de Itarana

**SABRINA SCÁRDUA FIOROTTI**

Secretária Municipal de Assistência Social

**ADJAR FABIANO DE MARTIN**

Controlador Interno

Prontuário Nº \_\_\_\_\_

Data da Abertura do Prontuário: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## CADASTRO DA FAMÍLIA

### 1- IDENTIFICAÇÃO

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

Filiação: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

END: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

( ) Zona Rural ( ) Zona Urbana Preenchido com Visita Técnica Domiciliar: ( ) SIM ( ) NÃO

A Família é cadastrada no CADASTRO ÚNICO? ( ) NÃO ( ) SIM - NIS DO RF: \_\_\_\_\_

OBS.: Em caso de famílias em Situação de Rua, indicar endereço de referência.

### 2- PROCEDÊNCIA DA FAMÍLIA

( ) Busca Ativa ( ) Demanda Espontânea ( ) Encaminhado por \_\_\_\_\_

### 3- COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	Gênero	Parentesco	Data de Nascimento	Escolaridade	Ocupação Profissão	Renda Bruta

RENDA TOTAL FAMILIAR: R\$ \_\_\_\_\_ RENDA PER CAPITA FAMILIAR: R\$ \_\_\_\_\_

### 4- PROGRAMAS SOCIAIS

Participa de PROGRAMAS SOCIAIS e/ou de TRANSFERÊNCIA DE RENDA: ( ) Sim ( ) Não

( ) PBF R\$ \_\_\_\_\_ ( ) Bolsa Capixaba/INCLUIR R\$ \_\_\_\_\_ ( ) TARIFA SOCIAL DE ENERGIA

( ) BPC/Deficiente ( ) BPC/idoso ( ) Seguro desemprego ( ) Pensão ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

VALOR TOTAL DOS BENEFÍCIOS R\$ \_\_\_\_\_ Renda per capita com Benefícios: R\$ \_\_\_\_\_

### 5- DESPESAS MENSAIS

Aluguel: R\$ \_\_\_\_\_ Telefone: R\$ \_\_\_\_\_ Medicamentos: R\$ \_\_\_\_\_ Água: R\$ \_\_\_\_\_

Gás: R\$ \_\_\_\_\_ Energia: R\$ \_\_\_\_\_ Alimentação: R\$ \_\_\_\_\_ Insumos Agrícolas: R\$ \_\_\_\_\_

Outros: R\$ \_\_\_\_\_ Valor total de Despesas: R\$ \_\_\_\_\_

## 6-SITUAÇÃO DE MORADIA

( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Coabitação ( ) Invasão

Vive em local de difícil acesso? ( ) Não ( ) Sim. Qual o tipo de dificuldade de acesso? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo vive no local? \_\_\_\_\_ Área de risco: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual o tipo de risco: ( ) Encosta ( ) Margens de rio ( ) Ocupação irregular/desordenada ( ) Outro

### ➤ Situação da Habitação:

**Tipo de Construção:** ( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Quant. de Cômodos: \_\_\_\_\_

**Possui Banheiro:** ( ) Sim ( ) Não **Saneamento Básico:** ( ) Rede de Esgoto ( ) Fossa/Vala ( ) Outro

**Possui Energia elétrica:** ( ) Sim ( ) Não **Água:** ( ) Tratada ( ) Nascente ( ) Outra: \_\_\_\_\_

**Destinação do lixo:** ( ) Coleta periódica de Lixo ( ) Queimado ( ) Outro: \_\_\_\_\_

## 7-SITUAÇÃO PROFISSIONAL DA FAMÍLIA

Proprietário de Terra	Arrendatário/Comodatário
Meeiro/ Com Contrato de Parceria Agrícola	Diarista Rural
Meeiro/ Sem Contrato de Parceria Agrícola	Desempregado
Assalariado com CTPS	Assalariado sem CPTS
Contrato Temporário	Diarista
Outros:	

## 8- CONDIÇÃO DE ALIMENTAÇÃO

A família tem acesso a alimentação em quantidade suficiente? ( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

A família consegue ter acesso regular e permanente à alimentação? ( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Aquisição de alimentos: produção própria? ( ) Sim. ( ) Não.

Em caso de produção: produz apenas para o consumo próprio? ( ) Sim ( ) Não. Para quem comercializa? \_\_\_\_\_

A família vive em condição de insegurança alimentar? ( ) Não ( ) Sim. Por quê? \_\_\_\_\_

## 9- PRODUÇÃO RURAL

Café	Milho	Pepino	Bovinos
Banana	Hortaliças	Inhame	Galináceos
Quiabo	Leite e/ou derivados	Limão	Suínos
Feijão	Pimentão	Manga	Outros
Tomate	Jiló	Outras Frutas	Nenhuma

## 10-QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Algum membro da família já participou/está participando de cursos de qualificação e formação profissional:

( ) Não ( ) Sim. Quem? \_\_\_\_\_

Nome do(s) Curso(s): \_\_\_\_\_

Onde/Ano: \_\_\_\_\_

## 11- CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA

( ) CRAS ( ) Associação de moradores ( ) Igrejas ( ) Movimentos sindicais  
( ) Organizações Não-Governamentais(ONGs) ( ) Associação de produtores

## 12- CONVIVÊNCIA FAMILIAR

Há ocorrência de conflitos familiares: ( ) Sim ( ) Não. Se sim, quais os principais motivos: ( ) Uso de álcool  
( ) Tabagismo ( ) Uso de outras drogas ( ) Desemprego ( ) Violência intrafamiliar ( ) Outros  
Existem vínculos familiares rompidos ou fragilizados? ( ) Não ( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

## 13- PRINCIPAIS VULNERABILIDADES

- |  |  |
|--|--|
| ( ) Moradia inadequada                             | ( ) Famílias chefiadas por mulheres                            |
| ( ) Crianças que ficam sozinhas em casa            | ( ) Pessoas com deficiência na família                         |
| ( ) Idosos dependentes na família                  | ( ) Renda insuficiente para atender as necessidades da família |
| ( ) Desemprego                                     | ( ) Baixa escolaridade   |
| ( ) Problemas graves de saúde                      | ( ) Conflitos familiares                                       |
| ( ) Situação de trabalho infantil                  | ( ) Reclusão penitenciária                                     |
| ( ) Trabalho escravo                               | ( ) Acolhimento institucional                                  |
| ( ) Adolescente em medida socioeducativa           | ( ) Violência doméstica  |
| ( ) Preconceito de raça, gênero, orientação sexual | ( ) Familiares em situação de rua                              |
| ( ) Negligência familiar.                          |  |

## 14- ATENDIMENTOS À FAMÍLIA NA REDE

### Assistência Social:

#### **CRAS – Centro de Referência de Assistência Social:**

- ( ) PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família  
( ) SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos  
( ) Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas

#### **CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social:**

- ( ) PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos  
( ) Serviço Especializado em Abordagem Social  
( ) Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de prestação de serviços à comunidade (PSC) Especifique: \_\_\_\_\_  
( ) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias  
( ) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua  
( ) Centro Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP)  
( ) Serviço de Acolhimento Institucional Especifique: \_\_\_\_\_  
( ) Serviço de Acolhimento em República Especifique: \_\_\_\_\_  
( ) Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências  
( ) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

#### **Se tiver assinalado acolhimento institucional informar:**

Qual membro da família? \_\_\_\_\_ Tempo de acolhimento: \_\_\_\_\_  
Nome da instituição: \_\_\_\_\_ Tem contato com o familiar acolhido? ( ) Sim,  
de que forma é realizado o contato? \_\_\_\_\_ ( ) Não, por quê? \_\_\_\_\_

### Saúde

- ( ) Estratégia de Saúde da Família (ESF)/Saúde/Saúde Mental:  
( ) Mulheres que utilizam métodos contraceptivos  
( ) Homens que utilizam métodos contraceptivos  
( ) Acompanhamento médico de idosos  
( ) Acompanhamento médico de pessoas com deficiência  
( ) Controle de doenças crônicas  
( ) Acompanhamento de casos de dependência química  
( ) Acompanhamento de gestantes

- ( ) Acompanhamento de nutrizes
- ( ) Realização de vacinação de crianças, adultos e idosos
- ( ) Saúde do homem
- ( ) Acompanhamento de pessoas com deficiência que tenham possibilidade de reabilitação
- ( ) Atendimentos odontológicos
- ( ) Atendimentos psicológicos
- ( ) Atendimentos psiquiátricos

### 15- RECLUSÃO PENITENCIÁRIA

Membro da Família em reclusão: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco do recluso? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está recluso? \_\_\_\_\_ Previsão de saída: \_\_\_\_\_

Auxílio reclusão: ( ) Sim ( ) Não Faz visitas regularmente? ( ) Sim - Periodicidade das visitas: \_\_\_\_\_ ( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_ Há familiares egressos do sistema prisional: ( ) Não ( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

### 16- PROBLEMAS GRAVES DE SAÚDE

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Problemas de saúde diagnosticados: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Problemas de saúde diagnosticados: \_\_\_\_\_

Está em acompanhamento médico? ( ) Sim ( ) Não. Onde: \_\_\_\_\_

### 17- PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES REALIZADAS PELO CRAS

A Família deseja participar dos Grupos de Famílias e demais ações/serviços do CRAS por meio do PAIF?

( ) Sim ( ) Não. Se SIM de quais? \_\_\_\_\_

Algum membro da Família deseja participar das Oficinas oferecidas pelo CRAS? ( ) Sim ( ) Não

Se SIM, Quem? \_\_\_\_\_ Quais Oficinas?

### 18- OBSERVAÇÕES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo dos Técnicos  
responsáveis

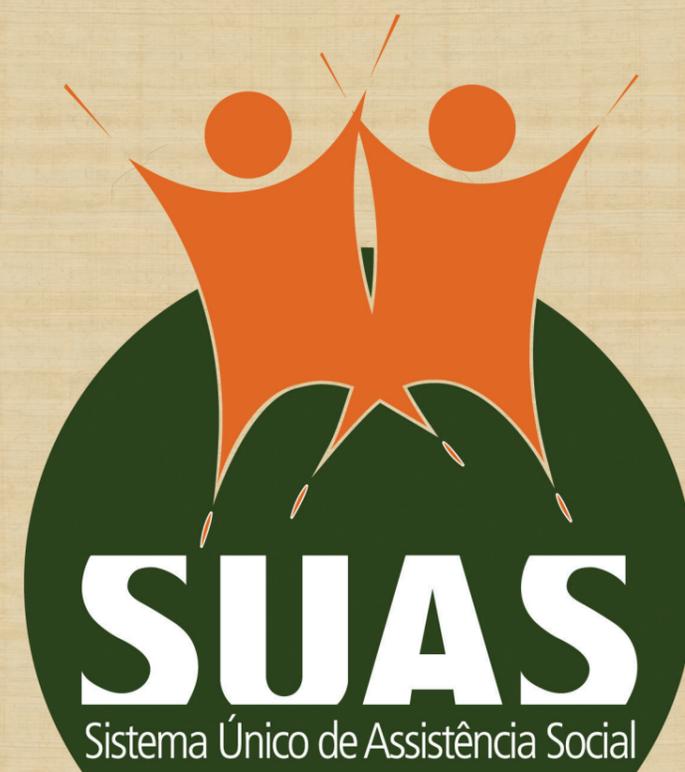
\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pela família:





Ministério do  
**Desenvolvimento Social  
e Combate à Fome**

**PRONTUÁRIO**



**REGISTRO SIMPLIFICADO DOS ATENDIMENTOS (CONTINUAÇÃO)**

Nº	Data de Atendimento	Nº de Ordem da pessoa	Descrição Sumária do Atendimento	Código	Nome do Técnico Responsável
41	__/__/__				
42	__/__/__				
43	__/__/__				
44	__/__/__				
45	__/__/__				
46	__/__/__				
47	__/__/__				
48	__/__/__				
49	__/__/__				
50	__/__/__				
51	__/__/__				
52	__/__/__				
53	__/__/__				
54	__/__/__				
55	__/__/__				
56	__/__/__				
57	__/__/__				
58	__/__/__				
59	__/__/__				
60	__/__/__				
61	__/__/__				
62	__/__/__				
63	__/__/__				
64	__/__/__				
65	__/__/__				
66	__/__/__				
67	__/__/__				
68	__/__/__				
69	__/__/__				
70	__/__/__				
71	__/__/__				
72	__/__/__				
73	__/__/__				
74	__/__/__				
75	__/__/__				
76	__/__/__				
77	__/__/__				
78	__/__/__				
79	__/__/__				
80	__/__/__				

**Códigos auxiliares para Descrição Sumária dos Atendimentos:**

1- Atendimento socioassistencial individualizado; 2 - Atendimento em atividade coletiva de caráter continuado; 3 - Participação em atividade coletiva de caráter não continuado; 4 - Cadastramento/Atualização Cadastral; 5 - Acompanhamento de MSE; 6 - Solicitação/Concessão de Benefício Eventual; 7 - Visita Domiciliar; 9 - Outros

**NOME DA PESSOA DE REFERÊNCIA NA FAMÍLIA:**

\_\_\_\_\_

**Nº DO PRONTUÁRIO:**

\_\_\_\_\_

**TIPO DE UNIDADE:**  CRAS                       CREAS

**Nº DA UNIDADE:**

**NOME DA UNIDADE:**

\_\_\_\_\_

**REGISTRO SIMPLIFICADO DOS ATENDIMENTOS**

Nº	Data de Atendimento	Nº de Ordem da pessoa	Descrição Sumária do Atendimento	Código	Nome do Técnico Responsável
1	___/___/___				
2	___/___/___				
3	___/___/___				
4	___/___/___				
5	___/___/___				
6	___/___/___				
7	___/___/___				
8	___/___/___				
9	___/___/___				
10	___/___/___				
11	___/___/___				
12	___/___/___				
13	___/___/___				
14	___/___/___				
15	___/___/___				
16	___/___/___				
17	___/___/___				
18	___/___/___				
19	___/___/___				
21	___/___/___				
21	___/___/___				
22	___/___/___				
23	___/___/___				
24	___/___/___				
25	___/___/___				
26	___/___/___				
27	___/___/___				
28	___/___/___				
29	___/___/___				
30	___/___/___				
31	___/___/___				
32	___/___/___				
33	___/___/___				
34	___/___/___				
35	___/___/___				
36	___/___/___				
37	___/___/___				
38	___/___/___				
39	___/___/___				
40	___/___/___				

**Códigos auxiliares para Descrição Sumária dos Atendimentos:**

1- Atendimento socioassistencial individualizado; 2 - Atendimento em atividade coletiva de caráter continuado; 3 - Participação em atividade coletiva de caráter não continuado; 4 - Cadastramento/Atualização Cadastral; 5 - Acompanhamento de MSE; 6 - Solicitação/Concessão de Benefício Eventual ; 7 - Visita Domiciliar; 9 - Outros

## **PREZADO(A) PROFISSIONAL, LEIA COM ATENÇÃO ESTA PÁGINA ANTES DE INICIAR O USO DESSE INSTRUMENTO**

**APÓS A LEITURA, DESTAQUE ESTA PÁGINA PARA FACILITAR O MANUSEIO DO PRONTUÁRIO**

O Prontuário SUAS é um instrumento técnico que tem como objetivo contribuir para a organização e qualificação do conjunto de informações necessárias ao diagnóstico, planejamento e acompanhamento do trabalho social realizado com as famílias/indivíduos. Permite aos profissionais da Unidade registrar as principais características da família e as ações realizadas com a mesma, preservando assim todo o histórico de relacionamento da família com os serviços da Unidade. A sua Unidade receberá o Manual de Instruções para utilização do Prontuário SUAS, leia-o com atenção e consulte-o sempre que achar necessário.

As anotações realizadas no Prontuário devem ser efetuadas de forma gradativa, seguindo o fluxo próprio dos atendimentos no decorrer do processo de acompanhamento familiar. É importante notar que o aspecto central e mais importante desse instrumento é possibilitar o registro organizado de informações relativas ao processo de acompanhamento da família. Dessa maneira, o Prontuário é, sobretudo, um instrumento para realizar anotações sobre riscos, vulnerabilidades e potencialidades da família, e sobre o planejamento e evolução do processo de acompanhamento. Isso significa que esse instrumento nunca deve ser utilizado como um “questionário” a ser aplicado ao usuário. Toda informação anotada/registrada (inclusive dos campos fechados) deve ser fruto do processo natural de diálogo e de escuta qualificada que são próprios do trabalho social com as famílias.

Para as famílias já inseridas no Cadastro Único de Programas Sociais, algumas informações socioeconômicas do domicílio e das pessoas já foram coletadas por profissionais do próprio município, portanto sugere-se que o formulário do CadÚnico seja impresso e anexado ao Prontuário, dispensando assim a duplicação de esforços na obtenção e registro das mesmas informações. No caso de famílias que ainda não estejam cadastradas, mas que tenham perfil CadÚnico (renda familiar per capita até ½ salário mínimo, ou renda familiar total até 3 salários mínimos) deve-se sempre providenciar o cadastramento da mesma.

Por fim, lembre-se sempre de que esse Prontuário contém informações pessoais e sigilosas. As anotações e a leitura de seu conteúdo devem ser realizadas apenas pela equipe de referência da Unidade, e exclusivamente para as ações pertinentes ao atendimento e acompanhamento da família. Os Prontuários devem ser guardados em local seguro e de acesso restrito (armário ou arquivo com chave em sala que não seja de acesso público).







COMPOSIÇÃO FAMILIAR							Data da primeira anotação: ____/____/____	Atualização: ____/____/____	Atualização: ____/____/____
Nº de Ordem	Nome Completo (Sempre começar a lista pela Pessoa de Referência)	Sexo	Data de Nascimento DD/MM/AA	Idade	* Parentesco com a pessoa de Referência	Assinale em caso de Pessoa com Deficiência	** Assinale caso seja identificada necessidade de providenciar documentação civil da pessoa		
1		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
2		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
3		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
4		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
5		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
6		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
7		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
8		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
9		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
10		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
11		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
12		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
13		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		
14		( ) M ( ) F	____/____/____			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE		

\* Códigos de Parentesco: 1 - Pessoa de Referência; 2 - Cônjuge/ companheiro(a); 3 - Filho(a); 4 - Enteadado(a); 5 - Neto(a), Bisneto(a); 6 - Pai/ Mãe; 7 - Sogro(a); 8 - Irmão/irmã; 9 - Genro/Nora; 10 - Outro parente; 11 - Não parente  
 \*\* Documentação a ser providenciada: CN=Carteira de Nascimento / RG=Carteira de Identidade / CTPS=Carteira de Trabalho e Previdência Social / CPF=Cadastro de Pessoa Física / TE= Título de Eleitor

Atenção: Caso necessite excluir uma pessoa da composição familiar (separação/divisão da família, óbito etc) marque um "X" sobre o número de ordem e realize na página ao lado as observações relativas à data e motivo da exclusão.

**Perfil Etário do Grupo familiar**

Faixas Etárias	Qtd. de Pessoas	Qtd. de Pessoas (Atualização)	Qtd. de Pessoas (Atualização)
Pessoas de 0 a 6 anos			
Pessoas de 7 a 14 anos			
Pessoas de 15 a 17 anos			
Pessoas de 18 a 29 anos			
Pessoas de 30 a 59 anos			
Pessoas de 60 a 64 anos			
Pessoas de 65 a 69 anos			
Pessoas com 70 anos ou mais			
<b>Total de Pessoas na Família</b>			

**Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família**

- Família/pessoa em situação de rua
- Família quilombola
- Família ribeirinha
- Família cigana
- Família indígena residente em aldeia/reserva
- Especifique o povo/etnia: \_\_\_\_\_
- Família indígena não residente em aldeia/reserva
- Especifique o povo/etnia: \_\_\_\_\_
- Outras: \_\_\_\_\_





CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA		
Características do Domicílio	Marque o item correspondente	Utilize para atualização do domicílio
<b>a. Tipo de residência</b>		
Própria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cedida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Material das paredes externas do domicílio</b>		
Alvenaria ou madeira aparelhada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madeira aproveitada, taipa ou outros materiais precários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Acesso a energia elétrica</b>		
Sim, com Medidor próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, com Medidor compartilhado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, sem medidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui energia elétrica no domicílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Possui água canalizada</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Forma de abastecimento de água</b>		
Rede geral de distribuição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poço ou nascente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cisterna de captação de águas de chuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carro pipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f. Escoamento sanitário</b>		
Rede coletora de esgoto ou pluvial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fossa séptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fossa rudimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direto para vala, rio, lago ou mar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domicílio sem banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g. Coleta de lixo</b>		
Sim, coleta direta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, coleta indireta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui coleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h. Qual o número total de cômodos do domicílio</b>		
Número de Cômodos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>i. Qual o nº de cômodos utilizados como dormitório</b>		
Número de dormitórios	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>j. Quanto é o nº de pessoas do domicílio dividido pelo nº de dormitórios ?</b>		
Número médio de pessoas por dormitório	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>k. O domicílio possui acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção?</b>		
Sim, tanto nos espaços internos como na comunicação com a rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, apenas nos espaços internos, mais possui "barreiras" na comunicação com a rua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui condições de acessibilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>l. O domicílio está localizado em área de risco de desabamento ou alagamento?</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>m. O domicílio está localizado em área de difícil acesso geográfico?</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>n. O domicílio está localizado em área com forte presença de conflito/violência?</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CONDIÇÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA									
Nº de Ordem	Primeiro Nome (Liste as pessoas obedecendo sempre o mesmo nº de ordem)	Idade	Sabe ler e escrever?	Frequenta escola atualmente?			Escolaridade		Códigos de escolaridade
				1ª Anotação	Atualização	Atualização	(Última série concluída com aprovação) 1ª Anotação	Atualização	
1			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			00 – Nunca frequentou escola
2			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			01- Creche
3			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			02 - Educação Infantil
4			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			11 – 1º ano E. Fundamental
5			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			12 – 2º ano E. Fundamental
6			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			13 – 3º ano E. Fundamental
7			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			14 – 4º ano E. Fundamental
8			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			15 – 5º ano E. Fundamental
9			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			16 – 6º ano E. Fundamental
10			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			17 – 7º ano E. Fundamental
11			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			18 – 8º ano E. Fundamental
12			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			19 – 9º ano E. Fundamental
13			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			21 – 1º ano E. Médio
14			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não			22 – 2º ano E. Médio
									23 – 3º ano E. Médio
									30 – Superior Incompleto
									31 – Superior Completo
									40 – EJA – Ensino Fundamental
									41 – EJA – Ensino Médio
									99 – Outros

Data da primeira anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de Atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de Atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Identificação de Vulnerabilidade Educacional			
Faixas Etárias	Qtd. de Pessoas	Qtd. de Pessoas (Atualização)	Qtd. de Pessoas (Atualização)
Qtd. de pessoas entre 0 e 5 anos que não estão frequentando escola ou creche			
Qtd. de pessoas entre 06 e 14 anos que não estão frequentando escola			
Qtd. de pessoas entre 15 e 17 anos que não estão frequentando escola			
Qtd. de pessoas entre 10 e 17 anos que não sabem ler/escrever			
Qtd. de pessoas entre 18 e 59 anos que não sabem ler/escrever			
Qtd. de pessoas com 60 anos ou mais que não sabem ler/escrever			

Anotações sobre o descumprimento de condicionalidades de educação no Programa Bolsa Família				
Nº de Ordem	Data da ocorrência (Mês/Ano)	Efeito* (Código)	Solicitada suspensão do efeito?	* Códigos para os Efeitos gerados por descumprimento de Condicionalidades
	___/___		( ) Sim ( ) Não	1. Advertência 2. Bloqueio 3. Suspensão 4. Cancelamento
	___/___		( ) Sim ( ) Não	
	___/___		( ) Sim ( ) Não	
	___/___		( ) Sim ( ) Não	
	___/___		( ) Sim ( ) Não	
	___/___		( ) Sim ( ) Não	
	___/___		( ) Sim ( ) Não	
	___/___		( ) Sim ( ) Não	



**CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTOS DA FAMÍLIA**

Data da primeira anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de Atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de Atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº de Ordem	Primeiro Nome (Liste as pessoas obedecendo sempre o mesmo nº de Ordem)	Idade	Possui Carteira de Trabalho?	Condição de Ocupação		Possui qualificação profissional?	Caso sim, qual?	Renda Mensal (R\$)	
				1ª Anotação	Atualização			1ª Anotação	Atualização
1			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
2			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
3			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
4			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
5			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
6			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
7			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
8			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
9			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
10			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
11			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
12			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
13			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			
14			( ) Sim ( ) Não			( ) Sim ( ) Não			

**Códigos da Condição de Ocupação:**

0 - Não Trabalha; 1 - Trabalhador por conta própria (bico, autônomo); 2 - Trabalhador temporário em área rural; 3 - Empregado sem carteira de trabalho assinada; 4 - Empregado com carteira de trabalho assinada; 5 - Trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada; 6 - Trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada; 7 - Trabalhador não-remunerado; 8 - Militar ou servidor público; 9 - Empregador; 10 - Estagiário; 11 - Aprendiz (em condição legal)

Renda total da família: (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)  
R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_  
Nº de Ordem da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Renda familiar per capita (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)  
R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_  
Algum membro da família é aposentado ou pensionista?  
\_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Sim. Se sim, indique o nº de ordem da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

A família recebe dinheiro de algum Programa Social?  
\_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Sim Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_  
Qual a renda total da família, incluído o valor recebido de programas sociais?  
R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

Anote o valores recebidos pela família por meio de Programas Sociais  
\_\_\_\_ Bolsa Família - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ BPC - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ PETI - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Outros - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_

Qual a Renda familiar per capita, incluído o valor recebido de programas sociais?  
R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

**Atenção!** Fique atento para identificar famílias potencialmente elegíveis aos programas de transferência de renda e que ainda não recebem o benefício ao qual têm direito. Observe sempre as regras específicas de cada Programa/Benefício.





## CONDIÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Caso haja presença de pessoa com deficiência na família, preencha o quadro abaixo:

Nº de Ordem	Primeiro Nome	*Tipo(s) de deficiência(s)	Necessita de cuidados constantes de outra pessoa	Quem é o responsável pelo cuidado
			( ) Sim ( ) Não	
			( ) Sim ( ) Não	
			( ) Sim ( ) Não	
			( ) Sim ( ) Não	
			( ) Sim ( ) Não	

**\* Tipos de deficiência:**

1 - Cegueira; 2 - Baixa Visão; 3 - Surdez severa/profunda; 4 - Surdez leve/moderada; 5 - Deficiência física; 6 - Deficiência mental ou intelectual; 7 - Síndrome de Down; 8 - Transtorno/doença mental.

A família possui algum integrante que, devido ao envelhecimento ou à doença, necessite de cuidados constantes de outra pessoa para realizar atividades básicas, tais como, tomar banho, alimentar-se, ficar só em casa, locomover-se dentro de casa etc.?

Não  Sim.

Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Quem é responsável pelo cuidado: \_\_\_\_\_

A família declara, ou fornece indícios, de que vivencia situação de insegurança alimentar devido a insuficiência de alimentos?

Não  Sim. (Data da anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Algum membro da família é portador de alguma doença grave?

Não  Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s) e o(s) tipo(s) de doença(s): \_\_\_\_\_

Algum membro da família faz uso de remédios controlados (tarja preta) para transtornos mentais?

Não  Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Algum membro da família faz uso abusivo de álcool? (Data da anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Não  Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Algum membro da família faz uso abusivo de crack ou outras drogas (cocaína, maconha etc)? (Data da anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Não  Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s) e o(s) tipo(s) de substância(s): \_\_\_\_\_

10

Registre a presença de gestante(s) na família:

Nº de Ordem	Primeiro Nome	Quantos meses de Gestação?	Já iniciou Pré-Natal	Data da anotação
			( ) Sim ( ) Não	___/___/___
			( ) Sim ( ) Não	___/___/___
			( ) Sim ( ) Não	___/___/___
			( ) Sim ( ) Não	___/___/___
			( ) Sim ( ) Não	___/___/___
			( ) Sim ( ) Não	___/___/___

Anotações sobre descumprimento de condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família

Nº de Ordem	Primeiro Nome	Semestre de ocorrência (Semestre/Ano)	*Efeito (código)	Solicitada suspensão do efeito?	* Códigos para os Efeitos gerados por descumprimento da Condicionais
				( ) Sim ( ) Não	1. Advertência 2. Bloqueio 3. Suspensão 4. Cancelamento
				( ) Sim ( ) Não	
				( ) Sim ( ) Não	
				( ) Sim ( ) Não	
				( ) Sim ( ) Não	









## CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Há quantos anos a família mora neste estado:  anos ( ) a família sempre morou no estado

Há quantos anos a família mora no município:  anos ( ) a família sempre morou no município

Há quantos anos a família mora no bairro atual:  anos ( ) a família sempre morou no mesmo bairro

A família, ou algum de seus membros, é vítima de ameaças ou de discriminação na comunidade onde reside?

Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

A família possui parentes que residam próximo ao seu local de moradia e que constituam rede de apoio e solidariedade?

Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado caso queira anotar o nome, parentesco e contato destes parentes mais próximos.

A família possui vizinhos que constituam rede de apoio e solidariedade?

Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado caso queira anotar o nome e contato de algum vizinho mais próximo.

A família, ou algum de seus membros, participa de grupos religiosos, comunitários ou outros grupos/instituições que constituam rede de apoio e solidariedade?

Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

A família, ou algum de seus membros, participa de movimentos sociais, sindicatos, organizações comunitárias, Conselhos ou quaisquer outras ações ou instituições voltadas para organização política e defesa de interesses coletivos?

Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

Existe alguma criança ou adolescente do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?

Sim  Não  Não se aplica (família sem criança/adolescente)

Existe algum idoso do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?

Sim  Não  Não se aplica (família sem idoso)

Há pessoas dependentes (crianças, idosos dependentes ou pessoas com deficiência) que permanecem períodos do dia em casa sem a companhia de um adulto?

Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

### Relações de Convivência Intrafamiliares \*

Percepção/Avaliação do técnico sobre as <b>relações conjugais</b> na família, se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/Ano)
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
Percepção/Avaliação do técnico sobre as <b>relações entre pais/responsáveis e os filhos</b> inclusive entre o padrasto ou madrasta com o(s) enteado(s), se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/Ano)
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
Percepção/Avaliação do técnico sobre as <b>relações entre os irmãos</b> , se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/Ano)
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___

\* A descrição ou detalhamento dos conflitos intrafamiliares, quando pertinente, poderá ser realizada na página ao lado.

Indique se há relações conflituosas envolvendo outros indivíduos que residam no domicílio?

Sim, com presença de violência. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações relevantes.

Sim, sem presença de violência. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações relevantes.

Não há conflitos relevantes envolvendo outros indivíduos que residam no domicílio.







**PARTICIPAÇÃO EM SERVIÇOS, PROGRAMAS OU PROJETOS QUE CONTRIBUAM PARA O DESENVOLVIMENTO DA CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA E PARA O FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS**

Outras observações referentes à participação de membros da família em Serviços programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos *(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*



**SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA E VIOLAÇÕES DE DIREITOS**

QUADRO 1 Histórico de situações de violência e violações de direitos vivenciadas pela família				
Situação	A situação ainda persiste?	Data da Anotação (Mês/Ano)	(ATUALIZAÇÃO) A situação ainda persiste?	(ATUALIZAÇÃO) Data da Atualização
<input type="checkbox"/> Trabalho Infantil	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Exploração Sexual	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Abuso/Violência Sexual	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Violência Física	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Violência Psicológica	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Negligência contra idoso	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Negligência contra criança	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Negligência contra PCD	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Trajetória de Rua	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Tráfico de Pessoas	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Violência Patrimonial contra Idoso ou PCD	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___
<input type="checkbox"/> Outra: _____	( ) Sim ( ) Não	___/___	( ) Sim ( ) Não	___/___

QUADRO 2 - EXCLUSIVO PARA UTILIZAÇÃO PELO CRAS Caso a família esteja, ou já tenha estado, sob acompanhamento de um CREAS, registre o período em que isso ocorreu e o CREAS que realizou o acompanhamento		
Data Início (Mês/Ano)	Data Final (Mês/Ano)	Identificação do CREAS
___/___	___/___	
___/___	___/___	
___/___	___/___	
___/___	___/___	

QUADRO 3 - EXCLUSIVO PARA UTILIZAÇÃO DO CREAS Registro obrigatório de situações de violência e violações de direitos identificadas no grupo familiar				
Utilize este Quadro para registrar situações de violência e/ou violação de direitos, atuais ou recentes, ocorridas com membros da família. Estas situações podem ter sido detectadas pelo profissional do CREAS durante o atendimento da família/indivíduo, ou já serem de conhecimento prévio, no caso em que constituem a razão pela qual a família foi incluída em acompanhamento pelo PAEFI.				
Nº de Ordem da pessoa vitimada	* Código das Situações	Indício ou Confirmada	Data do Registro (mês/ano)	* Código de Situações
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	1. Violência Física 2. Violência Psicológica 3. Exploração Sexual 4. Abuso/Violência Sexual 5. Negligência ou Abandono 6. Trabalho Infantil 7. Trajetória de Rua 8. Tráfico de Pessoas 9. Discriminação por orientação sexual 10. Violência Patrimonial contra Idoso ou PCD 99. Outra
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
		( ) Indício ( ) Confirmada	___/___	
Todo registro incluído neste quadro deve ser transposto sem a identificação da pessoa para o Mapa Consolidado de Registros Obrigatórios deste CREAS. Além disso, o profissional deve ficar atento para a sua responsabilidade de notificar os Órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e preencher a Ficha de Notificação nos casos em que for pertinente.				









## HISTÓRICO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL OU FAMILIAR

Utilize o quadro abaixo para registrar eventuais situações de acolhimento institucional vivenciadas por algum membro do grupo familiar, sejam situações atuais ou ocorridas no passado.

Histórico de acolhimento:					
Nº	Nº de Ordem da pessoa	Primeiro nome	Período do Acolhimento		Motifvo
			Data de Início (Mês/Ano)	Data de Fim (Mês/Ano)	
1			___/___	___/___	
2			___/___	___/___	
3			___/___	___/___	
4			___/___	___/___	
5			___/___	___/___	
6			___/___	___/___	
7			___/___	___/___	
8			___/___	___/___	
9			___/___	___/___	
10			___/___	___/___	
11			___/___	___/___	
12			___/___	___/___	
13			___/___	___/___	
14			___/___	___/___	
15			___/___	___/___	

Sempre que possível, identifique e registre na página ao lado a instituição na qual a pessoa foi acolhida

Caso o grupo familiar, em seu conjunto, já tenha vivenciado alguma situação de acolhimento institucional (abrigo) decorrente da perda, temporária ou definitiva do domicílio, quer em função de catástrofe natural ou de fatalidade pessoal, registre o período em que o fato ocorreu e o motivo/fato que levou ao acolhimento:

---

---

---

---

---

22

Caso alguma criança/adolescente da família esteja, ou já tenha estado, sob guarda (legal ou informal) de outra pessoa não residente no domicílio (família extensa, amigos, patrões etc), registre o período em que o fato ocorreu, a razão pela qual ocorreu, a pessoa que esteve com a guarda e o nome ou número de ordem da criança/adolescente.

---

---

---

---

---

Outras situações de afastamento do convívio familiar:

Assinale caso a família possua algum membro adulto (pais ou filhos) em instituição prisional.

Assinale caso a família possua algum membro adolescente cumprindo medida socioeducativa de internação.







## PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

### PLANEJAMENTO INICIAL:

*(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*





















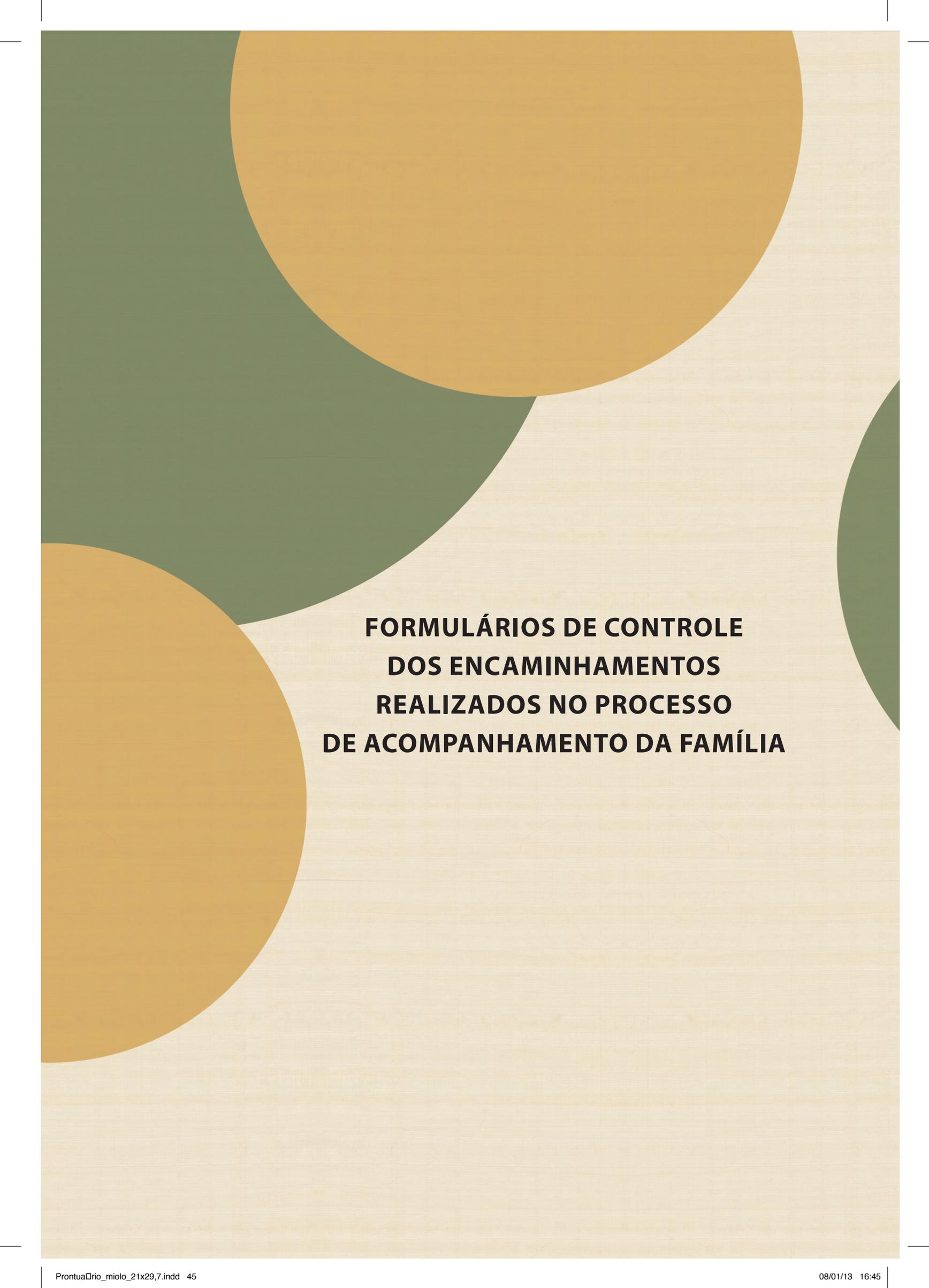












**FORMULÁRIOS DE CONTROLE  
DOS ENCAMINHAMENTOS  
REALIZADOS NO PROCESSO  
DE ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA**



## TABELA DE CÓDIGOS DE ENCAMINHAMENTOS

- 05 – Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados a crianças e adolescentes
- 06 – Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados para idosos
- 07 – Para atualização cadastral no CadÚnico (inclusive quando realizada nesta própria Unidade)
- 08 – Para inclusão no CadÚnico (inclusive quando realizada nesta própria Unidade)
- 09 – Para o INSS, visando acesso ao BPC
- 10 – Para o INSS, visando acesso a outros direitos, que não o BPC
- 11 – Para acesso a Benefícios Eventuais
- 12 – Para acesso a Documentação Civil (Certidão de Nascimento, RG, Carteira de Trabalho, etc)
- 13 – Encaminhamento do CRAS para o CREAS (marcação exclusiva para o CRAS)
- 14 – Encaminhamento do CREAS para o CRAS (marcação exclusiva para o CREAS)
- 15 – Encaminhamento para outras unidades/serviços de Proteção Social Especial
  
- 30 – Para Serviços de Saúde Bucal (por exemplo: Brasil Sorridente)
- 31 – Para Serviços de Saúde Mental
- 32 – Para Serviços de Saúde voltados ao acesso de órteses e próteses para pessoas com deficiência
- 33 – Para Unidades de Saúde da Família
- 34 – Para outros serviços ou unidades do Sistema Único de Saúde
  
- 40 – Para Educação – Creche e Pré-escola (ensino infantil)
- 41 – Para Educação – Rede regular de ensino (ensino fundamental e ensino médio)
- 42 – Para Educação de Jovens de Adultos (por exemplo: Brasil Alfabetizado)
  
- 50 – Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à capacitação profissional
- 51 – Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à geração de trabalho e renda
- 52 – Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à intermediação de mão-de-obra
- 53 – Para acesso a microcrédito
- 54 – Para o Programa BPC-Trabalho
  
- 60 – Para programa da área de habitação
- 61 – Para acesso à Tarifa Social de Energia Elétrica
  
- 70 – Para Conselho Tutelar
- 71 – Para Poder Judiciário
- 72 – Para Ministério Público
- 73 – Para Defensoria Pública
- 74 – Para Delegacias (especializadas ou não)
  
- 85 – Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 86 – Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 87 – Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 88 – Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 89 – Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)

**Registro de Encaminhamento**

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:     
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo/Motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) \_\_\_\_\_  
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

**Registro de Encaminhamento**

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:     
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo/Motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) \_\_\_\_\_  
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_





**Registro de Encaminhamento**

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:     
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo/Motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) \_\_\_\_\_  
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

**Registro de Encaminhamento**

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:     
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo/Motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) \_\_\_\_\_  
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_





**Registro de Encaminhamento**

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:     
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objetivo/Motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) \_\_\_\_\_  
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

**Registro de Encaminhamento**

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:     
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objetivo/Motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) \_\_\_\_\_  
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_





**Registro de Encaminhamento**

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:     
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo/Motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) \_\_\_\_\_  
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

**Registro de Encaminhamento**

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:     
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo/Motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) \_\_\_\_\_  
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_





**Registro de Encaminhamento**

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:     
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objetivo/Motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) \_\_\_\_\_  
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

**Registro de Encaminhamento**

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:     
(Utilize a tabela de códigos)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objetivo/Motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Nome do Profissional:

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

**Formulário de Encaminhamento****SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS**

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Encaminho o Sr(a) \_\_\_\_\_  
e solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_





**ANEXO III  
FORMULÁRIO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO EVENTUAL**

<b>FORMULÁRIO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO EVENTUAL</b>	
Data da Entrevista:	
Técnico Responsável:	
CPF:	Nº do Registro Profissional:
<b>I - Benefício Eventual Requerido:</b>	
<input type="checkbox"/> Auxílio Funeral – Urna funerária <input type="checkbox"/> Adulto – R\$ 530,00 <input type="checkbox"/> Adulto Obeso – R\$ 800,00 <input type="checkbox"/> Infantil 60 cm – R\$ 200,00 <input type="checkbox"/> Infantil acima de 1 metro – R\$ 300,00	
<input type="checkbox"/> Translado – Valor: R\$	
<input type="checkbox"/> Auxílio Natalidade – Kit de Enxoval	
<input type="checkbox"/> Auxílio Vulnerabilidade - Cesta Básica	
<input type="checkbox"/> Auxílio Calamidade Pública	
<b>II - Forma de acesso/conhecimento do Benefício:</b>	
<input type="checkbox"/> Através do CRAS Informativo;	
<input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde e/ou ESF;	
<input type="checkbox"/> Encaminhado por outras áreas/secretarias. Qual?	
<input type="checkbox"/> Através da Agências Funerárias. Qual?	
<input type="checkbox"/> Outra forma de acesso. Qual?	
<b>III- Identificação do Beneficiário</b>	
Nome Completo:	
Data de Nascimento:	
Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil:
Endereço: CEP: 29620000	
Município: Itarana	UF: ES
Ponto de Referência:	
ACS:	ESF:

**ANEXO III  
FORMULÁRIO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO EVENTUAL**

Possui Cadastro no CRAS? ( ) NÃO ( ) SIM		Pasta:	
Possui Cadastro no CADÚNICO? ( ) NÃO ( ) SIM		NIS Nº	
<b>Documentos Apresentados:</b>			
Certidão de Nascimento/Casamento - ( ) SIM ( ) NÃO			
Nº do Termo:	Livro:	Folhas:	Data do Registro:
Município:			UF:
RG - ( ) SIM ( ) NÃO			
Nº.	Órgão Expedidor:	UF:	Data de emissão:
CPF - ( ) SIM ( ) NÃO	Nº:		
CTPS - ( ) SIM ( ) NÃO	Nº:	Série:	UF:
Data de emissão:			
Comprovante de Residência - ( ) SIM ( ) NÃO			
Certidão de Óbito - ( ) SIM ( ) NÃO			
Nº do Termo:	Livro:	Folhas:	Data do Registro:
Município:			UF:
Comprovante de Renda Familiar - ( ) SIM ( ) NÃO			
<b>IV – Identificação do Requerente</b>			
Parentesco:		Grau Parentesco:	
Nome Completo:			
Data de Nascimento:			
Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino		Estado Civil:	
Endereço: CEP: 29.620-000			
Município:			UF:
Ponto de Referência:			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

**ANEXO III**  
**FORMULÁRIO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO EVENTUAL**

ACS:		ESF:				
Possui Cadastro no CRAS? ( ) NÃO ( ) SIM		Pasta				
Possui Cadastro no CADÚNICO? ( ) NÃO ( ) SIM		NIS Nº.				
<b>Documentos Apresentados:</b>						
Certidão de Nascimento/Casamento - ( ) SIM ( ) NÃO						
Nº do Termo:		Livro:	Folhas:		Data do Registro:	
Município:					UF:	
RG - ( ) SIM ( ) NÃO						
Nº.	Órgão Expedidor:		UF:	Data de emissão:		
CPF - ( ) SIM ( ) NÃO		Nº:				
CTPS - ( ) SIM ( ) NÃO		Nº:		Série:	UF:	
Data de emissão:						
Comprovante de Residência - ( ) SIM ( ) NÃO						
<b>V – Composição Familiar do Beneficiário</b>						
Nº	Nome	Gênero	Data de Nascimento	Parentesco	Ocupação Profissão	Renda Bruta
1						
2						
3						
4						
5						
6						
<b>VI – Situação Socioeconômica:</b>						
<b>Situação Habitacional</b>						
( ) Própria		( ) Cedida		( ) Alugada, valor do aluguel? R\$		





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARANA

**ANEXO III  
FORMULÁRIO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO EVENTUAL**

**DECLARAÇÃO**

**Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações informadas contidas neste Formulário por mim prestadas correspondem à verdade.**

---

Assinatura do Requerente  
Responsável pelas informações

**ANEXO III  
FORMULÁRIO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO EVENTUAL**

**PARECER TÉCNICO**

**A família se encontra em situação de vulnerabilidade social e econômica, não tendo meios de arcar com as despesas de uma Urna Funerária, diante disto foi concedido o auxílio funeral, que é um Benefício Eventual, concedido às famílias de baixa renda do município, conforme estabelecido no artigo 13, Inciso I, da Lei Municipal de nº 955/2011.**

Itarana/ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura sob Carimbo do Técnico  
Responsável pelo Preenchimento e autorização**



## ANEXO IV

### TERMO DE RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO EVENTUAL

Nº \_\_\_\_\_

### CESTA BÁSICA

Declaro para os devidos fins, que recebi nesta data 01 (uma) Cesta Básica, em minha residência pela Técnica do CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

Itarana/ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2015.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO  
E/OU RESPONSÁVEL PELO  
RECEBIMENTO**

\_\_\_\_\_  
**TÉCNICO RESPONSÁVEL**

CPF: \_\_\_\_\_

NIS: \_\_\_\_\_



## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ENTREGA DE BENEFÍCIO EVENTUAL

Nº \_\_\_\_\_

### CESTA BÁSICA

Eu \_\_\_\_\_, informo a retirada do benefício de Cesta Básica para entrega mediante visita ao Sr. (a) \_\_\_\_\_, com CPF nº \_\_\_\_\_, residente à rua \_\_\_\_\_.

Itarana/ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2015.

\_\_\_\_\_  
TÉCNICO RESPONSÁVEL  
PELA RETIRADA

\_\_\_\_\_  
FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL



## ANEXO V

### TERMO DE ENTREGA DE BENEFÍCIO EVENTUAL

Nº \_\_\_\_\_

#### CESTA BÁSICA

Declaro para os devidos fins, que recebi nesta data 01 (uma) Cesta Básica, pela Técnica do CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

Itarana/ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2015.

---

**ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO  
E/OU RESPONSÁVEL PELO  
RECEBIMENTO**

---

**TÉCNICO RESPONSÁVEL**

CPF: \_\_\_\_\_

NIS: \_\_\_\_\_



## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ENTREGA DE BENEFÍCIO EVENTUAL

Nº \_\_\_\_\_

### CESTA BÁSICA

Eu \_\_\_\_\_, autorizo o funcionário presente a entregar o benefício da Cesta Básica ao Sr. (a) \_\_\_\_\_, com CPF nº \_\_\_\_\_, residente à rua \_\_\_\_\_.

Itarana/ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2015.

\_\_\_\_\_  
TÉCNICO RESPONSÁVEL  
PELA ENTREGA

\_\_\_\_\_  
FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL