



DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE CONDE

Nº 1.554

Conde, 24 de julho de 2019

CRIADO PELA LEI 156/95.

ATOS DO PODER EXECUTIVO

LICITAÇÃO E COMPRAS

ESTADO DA PARAÍBA PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE

AVISO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS HIERÁRQUICO CONCORRÊNCIA Nº 00003/2019

A Comissão Permanente de Licitação da Prefeitura de Conde – PB, comunica aos participantes da Concorrência nº 00003/2019, acima epigrafada, que foi interposto RECURSO HIERÁRQUICO pela CONSTRAL CONST. E CONSULTORIA SANTO ANTONIO LTDA, contra o resultado do julgamento do recurso, podendo os demais licitantes impugná-lo no prazo de 05 (cinco) dias úteis, nos termos do § 3º, do art. 109, da Lei nº 8.666/93. Os autos do processo estão com vista franqueada aos interessados. Informa ainda que fica adiada a sessão para abertura dos envelopes de proposta marcada para o dia 26/07/2019, a qual será publicada nova data.

Conde – PB, 24 de Julho de 2019.


JOSE ELI BERNARDES PORTELA
Pregoeiro Oficial do Município
Presidente da Comissão Municipal de Licitação
JOSE ELI BERNARDES PORTELA
Presidente da Comissão

ESTADO DA PARAÍBA FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONDE

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº: RP 00023/2019

Aos 08 dias do mês de Julho de 2019, na sede da Comissão Municipal de Licitação do Fundo Municipal de Saúde de Conde, Estado da Paraíba, localizada na Rodovia Pb 18 - Km 3 - Centro - Conde - PB, nos termos da Lei Federal de nº 10.520, de 17 de julho de 2002, Decreto Municipal nº 3.555, de 08 de Agosto de 2017, Decreto Federal nº 7.892, de 23 de Janeiro de 2013, e subsidiariamente pela Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações posteriores, bem como as demais normas legais aplicáveis, e, ainda, conforme a classificação da proposta apresentada no Pregão Presencial nº 00023/2019 que objetiva o registro de preços para: Aquisição de Suplemento Alimentar (Fórmulas Nutricionais Completas), para o período de 1 (um) ano, conforme especificações abaixo: resolve registrar o preço nos seguintes termos:

Órgão e/ou entidade integrante da presente Ata de Registro de Preços:
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONDE - CNPJ nº 11.570.107/0001-91.

VENCEDOR: HEALTH NUTRICAÇÃO HOSPITALAR EIRELI

CNPJ: 27.657.870/0001-94

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	MARCA	UNID.	QUANT.	P.UNIT.	P.TOTAL
1	Nutren (400g)- Maltodextrina, óleo de girassol, proteína isolada	1.0 NUTREN NESTLE RG MS 4.0076.1722	1.0 und	360	65,40	23.544,00

do soro do leite de vaca, sacarose, caseinato de potássio obtido do leite de vaca, óleo de canola, hidróxido de sódio, ácido cítrico, hidróxido de potássio, fosfato de sódio, bitartarato de colina, cloreto de cálcio, carbonato de cálcio, cloreto de magnésio, vitamina C, taurina, L-carnitina, sulfato ferroso, vitamina E, sulfato de zinco, vitamina A, niacina, pantotenato de cálcio, vitamina D, sulfato de manganês, vitamina B6, sulfato de cobre, vitamina B1, vitamina B2, ácido fólico, iodo de potássio, selenito de sódio, cloreto de cromo, molibdato de sódio, vitamina K, biotina, vitamina B12, emulsificante lecitina de soja e aromatizante. NÃO CONTÉM GLÚTEN. ALÉRGICOS: CONTÉM DERIVADOS DE SOJA E LEITE.

2	Fiber Mais- mix de fibra alimentar solúvel (Goma guar parcialmente hidrolisada e Inulina) que auxilia o funcionamento do intestino e	FIBER MAIS LT und 260 G RG MS 4.0076.1871.001-	24	109,00	2.616,00
---	--	--	----	--------	----------

contribui para o equilíbrio da flora intestinal. Sem sabor. As fibras alimentares auxiliam o funcionamento do intestino. Seu consumo deve estar associado a uma alimentação equilibrada e hábitos de vida saudáveis. O consumo deste produto deve ser acompanhado da ingestão de líquidos						
TOTAL						26.160,00

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA VALIDADE DOS PREÇOS:

A referida Ata de Registro de Preços terá a vigência de 12 (doze) meses, considerados da data de publicação de seu extrato na imprensa oficial.

A existência de preços registrados não obriga o Fundo Municipal de Saúde de Conde firmar contratações oriundas do Sistema de Registro de Preços ou nos quantitativos estimados, facultando-se a realização de licitação específica para aquisição pretendida, assegurada preferência ao fornecedor registrado em igualdade de condições, sem que caiba direito a recurso ou indenização.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA UTILIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS:

A cada efetivação da contratação do objeto registrado decorrente desta Ata, devidamente formalizada através do respectivo Pedido de Compra, serão observadas as cláusulas e condições constantes do Edital de licitação que a precedeu, modalidade Pregão Presencial nº 00023/2019, parte integrante do presente instrumento de compromisso. A presente Ata de Registro de Preços, durante sua vigência poderá ser utilizada:

Pelo Fundo Municipal de Saúde de Conde, que também é o órgão gerenciador responsável pela administração e controle desta Ata, representada pela sua estrutura organizacional definida no respectivo orçamento programa.

Por órgãos ou entidades da administração pública, observadas as disposições do Pregão Presencial nº 00023/2019, que fizerem adesão a esta Ata, mediante a consulta e a anuência do órgão gerenciador.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Integram esta Ata, o Edital do Pregão Presencial nº 00023/2019 e seus anexos, e as seguintes propostas vencedoras do referido certame:

- HEALTH NUTRICA O HOSPITALAR EIRELI.

CNPJ: 27.657.870/0001-94.

Item(s): 1 - 2.

Valor: R\$ 26.160,00.

CLÁUSULA QUARTA - DO FORO:

Para dirimir as questões decorrentes da utilização da presente Ata, fica eleito o Foro da Comarca de Conde.

Conde - PB, 08 de Julho de 2019


Renata Martins Domingos
Secretária Municipal de Saúde

CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

INSTRUÇÃO NORMATIVA SAS Nº. 001/2019, de 05 de julho de 2019.

Versão 01

Aprovação em: 09/07/2019

Ato de aprovação: Decreto nº 173/2019

Órgão Central do SAS: Secretaria Municipal de Assistência Social

Unidades Responsáveis: Departamentos de Proteção Social Básica e Especial

Dispõe sobre os procedimentos relacionados às atividades de promoção da Política de Assistência Social no âmbito municipal.

A **Secretária da Controladoria Geral do Município de Conde**, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 902, de 02 de janeiro de 2017, combinada com a Lei nº 913, de 26 de maio de 2017, e com o Decreto nº 038, de 20 de julho de 2017,

RESOLVE:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º. Estabelecer e padronizar normas de procedimentos para o cadastramento de indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade e/ou risco pessoal ou social, para o acolhimento e o atendimento dos beneficiários da Assistência Social no âmbito municipal, visando o acesso a serviços e/ou benefícios socioassistenciais.

Art. 2º. Esta Instrução Normativa abrange todas as unidades da estrutura organizacional da administração direta quando no desempenho de atividades sócio assistenciais, mais especificamente a Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social.

Art. 3º. Para fins desta Instrução Normativa, considera-se:

ASSISTENCIA SOCIAL: política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas. As prestações de assistência social são destinadas aos indivíduos sem condições de prover o próprio sustento e de sua família de forma permanente ou provisória, independentemente de contribuição à Seguridade Social.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA: previsto na LOAS e no Estatuto do Idoso, provido pelo Governo Federal, consiste em repasse de 1 (um) salário mínimo mensal ao idoso (com 65 anos ou mais) e à pessoa com deficiência que comprovem não ter meios para suprir sua subsistência ou de tê-la suprida por sua família.

BENEFÍCIOS EVENTUAIS: são benefícios da Política de Assistência Social do município, de caráter suplementar e provisório, prestados aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública.

BUSCA ATIVA: estratégia para levar o Estado ao cidadão, sem esperar que as pessoas em situação de vulnerabilidade social procurem espontaneamente o poder público.

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS: unidade pública de base territorial, localizada em áreas de maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias.

CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL-CREAS: Unidade pública que oferta serviços especializados e continuados, na área da Assistência Social, a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, violência psicológica, violência sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, situação de rua etc.).

DEMANDA ESPONTÂNEA: Situação na qual a busca pelos serviços do CRAS ou do CREAS seja motivada por interesse da própria família ou membro familiar que procura a unidade (ocorre quando a família ou membro da família tiver procurado o CRAS ou o CREAS por vontade própria).

ESTUDO SOCIAL: análise tecnicamente qualificada sobre a família, determinante para explicitar a necessidade de inserção da família no atendimento ou no acompanhamento familiar.

PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL A FAMÍLIAS-PAIF: é o principal serviço da proteção social básica que desenvolve o trabalho social com famílias.

RISCO SOCIAL: estar em situação de risco pessoal e social significa ter os direitos violados, ou estar em situação de contingência (pessoa com deficiência ou idosa necessitando de atendimento especializado).

REDE SOCIOASSISTENCIAL: é um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação dentre todas estas unidades de provisão de proteção social sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade.

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SUAS: sistema público que organiza a rede de proteção e promoção social, estrutura a oferta de serviços socioassistenciais e de benefícios assistenciais, sendo responsável pela gestão das políticas públicas da assistência social.

VIGILÂNCIA SOCIOASSISTENCIAL: função da Assistência Social responsável por subsidiar as proteções com informações para o planejamento, organização, monitoramento e avaliação dos serviços socioassistenciais.

CAPÍTULO II

DOS FUNDAMENTOS LEGAIS E RESPONSABILIDADES

Art. 4º. A presente Instrução Normativa integra um conjunto de ações executadas e de responsabilidade da Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social, tendo respaldo na seguinte legislação:

I - Constituição Federal de 1988.

II - Lei Federal nº 8.742/1993 - Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

III - Lei Municipal nº 933/2017 - Regulamenta os benefícios eventuais da política de Assistência Social no Município de Conde.

IV - Resolução nº 109/2009 do Conselho Nacional de Assistência Social - Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

V - Resolução nº 039/2010 do Conselho Nacional de Assistência Social - Dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde.

VI - Resolução nº 033/2012 do Conselho Nacional de Assistência Social - Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS.

VII - Resolução nº 130/2005 do Conselho Nacional de Assistência Social - Aprova a Norma Operacional Básica da Assistência Social - NOB SUAS.

Art. 5º. São responsabilidades da Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social, como órgão central do SAS:

I - Promover a divulgação e implementação da Instrução Normativa, mantendo-a atualizada;

II - Orientar as áreas executoras e supervisionar sua aplicação;

III - Promover discussões técnicas com as unidades executoras e com a unidade responsável pela coordenação do controle interno, para definir as rotinas de trabalho e os respectivos procedimentos de controle que devem ser objeto de alteração, atualização ou expansão.

Art. 6º. São responsabilidades das Unidades executoras:

I - Atender as solicitações da unidade responsável pela Instrução Normativa (Assistência Social), quanto ao fornecimento de informações e à participação no processo de atualização;

II - Alertar a unidade responsável pela Instrução Normativa sobre as alterações que se fizerem necessárias nas rotinas de trabalho, objetivando a sua otimização, tendo em vista, principalmente, o

aprimoramento dos procedimentos de controle e o aumento da eficiência operacional;

III - Manter a Instrução Normativa à disposição de todos os funcionários da unidade, velando pelo fiel cumprimento da mesma;

IV - Cumprir fielmente as determinações da Instrução Normativa, em especial quanto aos procedimentos de controle e quanto à padronização dos procedimentos na geração de documentos, dados e informações.

Art. 7º. São responsabilidades da Controladoria Geral do Município:

I - Prestar apoio técnico por ocasião das atualizações da Instrução Normativa, em especial no que tange à identificação e avaliação dos pontos de controle e respectivos procedimentos de controle;

II - Através da atividade de auditoria interna, avaliar a eficácia dos procedimentos de controle inerentes ao SAS, propondo alterações na Instrução Normativa para aprimoramento dos controles.

CAPÍTULO III

DA ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS

Art. 8º. Os Serviços Socioassistenciais organizados pelo Sistema Único de Assistência Social - SUAS classificam-se em Serviços de Proteção Social Básica e Serviços de Proteção Social Especial, assim compreendidos:

I - Serviços de Proteção Social Básica, prestados pelos Centros de Referência de Assistência Social - **CRAS**:

a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF;

b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;

c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos.

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade, prestados pelos Centros de Referência Especializado de Assistência Social - **CREAS**:

a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI;

b) Serviço Especializado em Abordagem Social;

c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC;

d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias;

e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

Parágrafo único. O município de Conde não dispõe dos Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

Art. 9º. O CRAS é porta de entrada para cadastramento dos usuários do SUAS e deverá executar as seguintes ações de proteção social básica em suas áreas de abrangência:

I - Prestar serviços continuados de Proteção Social Básica de Assistência Social para famílias, seus membros e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, por meio do PAIF, tais como: acolhimento, acompanhamento em serviços socioeducativos de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, acompanhamento em serviços socioassistenciais e encaminhamento para a rede de proteção social e demais políticas públicas;

II - Realizar palestras temáticas, campanhas socioeducativas, oficinas de convivência e laborativas, ações nos mutirões comunitários e na comunidade em movimentos para fortalecimento de grupos sociais;

III - Desenvolver atividades lúdicas para famílias envolvendo seus membros prioritariamente quando houver idosos, crianças e pessoas com deficiência e/ou em risco social;

IV - Prevenir situações de risco no território onde vivem famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, apoiando-os em suas demandas.

Art. 10. O CREAS é responsável pela oferta de orientação e apoio especializados e continuados a indivíduos e famílias com seus direitos violados. Para isso, envolve um conjunto de profissionais e processos de trabalho que devem ofertar atendimento e acompanhamento especializado.

Parágrafo único. O atendimento, personalizado e continuado, exige intervenções especializadas, iniciando-se com a escuta qualificada,

feita por profissionais das Unidades de Assistência Social, até os encaminhamentos para a rede de proteção social e o sistema de garantia de direitos, tendo como principais objetivos:

- a) Fortalecer a família função de protetora de seus membros;
- b) Incluir as famílias na rede de proteção social e nos serviços públicos;
- c) Romper com o ciclo de violência no interior da família;
- d) Oferecer condições para reparar danos e interromper a violação de direitos;
- e) Prevenir a reincidência de violações de direitos.

CAPÍTULO III DOS PROCEDIMENTOS

Seção I

Do Cadastro de Usuários do Cadastro Único e Proteção Social Básica

Art. 11. O CadÚnico, Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, 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.

Parágrafo único. As principais atividades de gestão municipal do Cadastro Único são:

- I - Identificação e localização das famílias a serem cadastradas;
- II - Entrevista e coleta de dados das famílias identificadas;
- III - Inclusão dos dados no Sistema de Cadastro Único;
- IV - Manutenção das informações existentes na base do Cadastro Único: atualização e confirmação dos registros cadastrais.

Art. 12. A inclusão de famílias no Cadastro Único se realizará através dos seguintes acessos:

- I – busca ativa;
- II – demanda espontânea;
- III – encaminhamento da rede socioassistencial ou de outras políticas públicas.

Parágrafo único. As informações coletadas nas formas dos incisos II e III, deverão ser verificadas por meio de visita domiciliar.

Art. 13. O cadastramento para a inclusão dos usuários/beneficiários e suas respectivas famílias nos programas socioassistenciais do governo federal (bolsa família, Pró-Jovem, Benefício de Prestação Continuada-BPC) será feito mediante preenchimento do Formulário pelos servidores que inserirão os dados no CadÚnico.

Art. 14. O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é a unidade administrativa responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios, caracterizando-se como a principal porta de entrada do SUAS, pois possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social através de cadastramento.

Art. 15. Em busca por ações de proteção social, o município deverá se dirigir ao Pré-Atendimento do Centro de Referência de Assistência Social-CRAS, competindo a este:

- I – Receber o município que busca serviços e/ou requer benefícios socioassistenciais.
- II – Preencher a ficha de Registro de Atendimento Diário (Anexo I).
- III – Preencher o Formulário de Entrevista Social (Anexo II), se se tratar de primeiro atendimento.
- IV – Atualizar o Formulário de Entrevista Social, se se tratar de retorno, ou seja, usuário ou família já cadastrada/atendida/acompanhada pelo CRAS, e encaminhar ao Atendimento Técnico Especializado.
- V – Verificar se o mesmo já possui cadastro no CadÚnico, devendo:
 - a) Se tem e está atualizado, proceder o agendamento prévio e encaminhar para a Equipe Técnica (atendimento especializado);
 - b) Se não tem ou está desatualizado, encaminhar ao Gestor do CadÚnico para o devido cadastramento ou para atualização cadastral e para a Equipe Técnica.

Art. 16. Compete ao Gestor do CadÚnico:

I – Efetuar ou atualizar o Cadastro Único por meio do cadastramento no Formulário Principal de Cadastro no endereço eletrônico

<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastrounico/gestaomunicipal/proces-so-de-cadastramento/formularios>.

II - Anexar o Formulário Suplementar 1, no endereço eletrônico <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastrounico/gestaomunicipal>, que identifica a vinculação das famílias aos programas e serviços oferecidos pelo Governo Federal.

III - Preencher os Formulários Avulsos 1 e 2, no caso de famílias com mais de 06 (seis) membros, para cada pessoa que não teve seus dados registrados no Formulário Principal de Cadastro.

IV - Preencher o Formulário Suplementar 2, quando tratar-se de pessoa em situação de rua, para cada pessoa em situação de rua naquela família.

V – Registrar no CadÚnico todos os dados do atendimento.

VI - Realizar as atividades de bloqueio, desbloqueio ou cancelamento de benefícios, bem como exclusão cadastral, conforme a legislação vigente, mantendo o Cadastro Único sempre atualizado.

§1º. A exclusão cadastral poderá ocorrer pelos seguintes motivos:

- a) Falecimento de toda a família;
- b) Falecimento da pessoa;
- c) Desligamento da pessoa da família em que está cadastrada, desde que não esteja prevista transferência para outra família;
- d) Solicitação da pessoa para ser excluída do núcleo familiar;
- e) Solicitação da família;
- f) Solicitação da própria pessoa;
- g) Decisão judicial;
- h) Recusa da família em prestar informações, omissões ou prestação de informações inverídicas, por má fé;
- i) Não localização da família para atualização ou revalidação cadastral por período igual ou superior a quatro anos, da última movimentação cadastral.

§2º. Confirmar se a família não se encontra cadastrada em outro município é responsabilidade do Gestor do Cadastro Único.

§3º. A autoridade responsável pela organização e manutenção do Cadastro Único que inserir ou fizer inserir dados ou informações falsas ou diversas das que deveriam ser inscritas, com o fim de alterar a verdade sobre o fato, ou contribuir para a entrega do benefício à pessoa diversa do beneficiário final, será responsabilizada civil, penal e administrativamente.

Art. 17. Compete à Equipe do Atendimento Técnico Especializado do CRAS:

- I – Receber o usuário encaminhado pelo Pré-Atendimento.
- II – Preencher/Atualizar o Formulário de Entrevista Social do CRAS, o qual será anexado ao Prontuário do usuário.
- III – Realizar acolhida e escuta qualificada.
- IV – Providenciar a abertura do Prontuário do Usuário, anexando a este o Formulário de Entrevista Social do CRAS.
- V – Analisar a solicitação do usuário, verificando se se trata de:
 1. Benefício socioassistencial da Proteção Social Básica, ou
 2. Inclusão em serviço da Proteção Social Básica.
- IV - Analisar a documentação para enquadramento nos critérios para recebimento do benefício pleiteado, devendo:
 - a) Realizar visita domiciliar, ou outro tipo de intervenção, se necessário, para identificação e levantamento das necessidades da família e/ou usuário, emitindo Relatório e Parecer Social, conforme modelo constante do Anexo III.
 - b) Encaminhar ao INSS, com o Formulário de Encaminhamento, se se tratar de Benefício de Prestação Continuada, e se estiverem atendidos os critérios de elegibilidade.
 - c) Conceder o benefício e registrar no Prontuário, se não se tratar de BPC, e se estiverem atendidos os critérios de elegibilidade, de acordo com lei municipal que trata da concessão de benefícios eventuais.
 - d) Encaminhar para outras políticas públicas ou outras entidades, conforme a demanda, no caso de não atendimento dos critérios de elegibilidade.
- V – Analisar a situação socioeconômica da família se a solicitação for para inclusão em serviços da Proteção Social Básica.
- VI - Encaminhar ao CREAS, se ficar constatado que houve violação de direitos.

VII – Elaborar o Plano de Acompanhamento Familiar – PAF, se for necessário, a partir do diagnóstico da situação familiar ou estudo social, conforme modelo constante do Anexo V, juntando-o ao Prontuário da família.

VII - Incluir a família nas ações/atividades dos serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família-PAIF, de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos.

VIII – Realizar o acompanhamento dos Encaminhamentos para saber se o atendimento à família foi realizado conforme orientado.

§1º. O Plano de Acompanhamento Familiar consiste no planejamento do atendimento que será prestado no CRAS ou no CREAS.

§2º. A equipe de referência do CRAS, formada por uma equipe interdisciplinar (assistente sociais, psicólogos, pedagogos, entre outros), é a responsável pela implementação do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família-PAIF.

Subseção I

Do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF

Art. 18. Para executar procedimentos para o trabalho social com as famílias, a equipe de referência do CRAS deverá elaborar um planejamento alinhado ao diagnóstico territorial, considerando as realidades vivenciadas, as vulnerabilidades existentes e o desenvolvimento das potencialidades das famílias, para implementação do PAIF, que é um serviço desenvolvido exclusivamente pelo CRAS.

Parágrafo único. O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família-PAIF tem a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida.

Art. 19. O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família-PAIF realiza o trabalho social com famílias através do Atendimento ou do Acompanhamento Familiar no âmbito da Proteção Social Básica.

§1º. O Atendimento consiste em inserir a família e/ou seus membros nas ações e atividades desenvolvidas pelo Serviço, podendo se encerrar na resolução da demanda ou iniciar o processo de Acompanhamento.

§2º. O Acompanhamento é o procedimento técnico realizado pelos profissionais do CRAS, de caráter continuado e planejado, por um período de tempo determinado, através do qual ocorre o estabelecimento de vínculos entre os usuários e o serviço.

§3º. Acompanhamento Familiar exige o planejamento e a avaliação contínua de todo o processo de atendimento da família, por meio de encontros periódicos com o técnico do CRAS, que realiza várias intervenções continuadas, onde famílias e profissionais do PAIF assumem compromissos baseados na busca pela superação da circunstância de vulnerabilidade apresentada.

Art. 20. São ações do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF:

I – **Acolhida:** consiste no processo inicial de escuta das necessidades e demandas trazidas pelas famílias, bem como de oferta de informações sobre as ações do Serviço, da rede socioassistencial, em especial do CRAS, e demais políticas setoriais. Nesse momento o técnico utilizará instrumentais de coleta de dados e registro de informações, tais como: entrevistas, análise socioeconômica, estudo social e abertura ou atualização do prontuário da família, estabelecendo um vínculo entre o serviço e a família. A acolhida pode ser particularizada ou em grupo.

II - **Oficinas com Famílias:** consistem na realização de encontros previamente organizados, com objetivos de curto prazo a serem atingidos com um conjunto de famílias, por meio de seus responsáveis ou outros representantes, sob a condução de técnicos de nível superior do CRAS.

III - **Ações Comunitárias:** são ações de caráter coletivo, voltadas para a dinamização das relações no território. Possuem escopo maior que as oficinas com famílias, por mobilizar um número maior de participantes, e devem agregar diferentes grupos do território a partir do estabelecimento de um objetivo comum. Podem ser desenvolvidas mediante as seguintes atividades: reuniões, palestras, campanhas socioeducativas e/ou eventos comunitários.

IV - **Ações Particularizadas:** referem-se ao atendimento prestado pela equipe técnica do CRAS à família ou membro(s) do grupo familiar,

após a acolhida, de modo individualizado. Devem ser realizadas por indicação do técnico responsável pela acolhida da família.

V – **Encaminhamentos:** são os processos de orientação e direcionamento das famílias, ou algum de seus membros, para serviços e/ou benefícios socioassistenciais ou de outros setores.

Parágrafo único. O processo de acolhida, os encaminhamentos realizados e seus resultados, as ações particularizadas e a superação de vulnerabilidades, a participação em oficinas com famílias e ações comunitárias das quais participou, bem como as aquisições alcançadas devem ser registradas e avaliadas em conjunto com as famílias.

Art. 21. O acompanhamento familiar realizado pelo CRAS no âmbito do PAIF compreende as seguintes atividades:

I – Executar o Plano de Acompanhamento Familiar, podendo solicitar do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos a realização de atividades complementares do trabalho social realizado no PAIF, se necessário.

II – Avaliar, juntamente com a família, o processo de acompanhamento familiar.

III – Promover a adequação do Plano de Acompanhamento Familiar, no caso de não ter havido a superação das situações de vulnerabilidade, ou seja, se os objetivos do PAF não foram alcançados, dando continuidade ao processo de acompanhamento familiar.

IV – Providenciar o desligamento da família do processo de acompanhamento familiar, no caso de superação das situações de vulnerabilidades, ou seja, se os objetivos propostos no PAF foram alcançados.

Subseção II

Do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV

Art. 22. O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) deve ser desenvolvido a partir de **ações preventivas e proativas**, no sentido de complementar o trabalho realizado no Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI).

Art. 23. O SCFV tem como fundamentos a convivência social, o direito de ser e a participação, a partir dos quais são realizados os encontros dos grupos, que precisam ser planejados com antecedência e devem ter estreita relação com as atividades do PAIF e PAEFI.

§1º. As atividades no SCFV, por serem complementares aos grupos, são estratégias para incentivar a participação do público alvo e promover a reflexão sobre temas, de forma lúdica e descontraída, tais como **oficinas de esporte, lazer, arte e cultura**.

§2º. São atividades do SCFV, entre outras:

I - Oficinas de arte com materiais recicláveis;

II - Oficinas de pintura e escultura;

III - Oficinas de música e de confecção artesanal de instrumentos;

IV - Oficinas de danças populares;

V - Oficinas de projetos sociais;

VI - Oficinas de educação ambiental.

Seção II

Do Cadastro de Usuários da Proteção Social Especial

Art.24. O Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS tem por objetivo oferecer atendimento, apoio, orientação e serviços especializados e continuados a indivíduos e famílias com direitos violados, adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e indivíduos em situação de risco social e/ou pessoal.

Parágrafo único. Para executar procedimentos para o trabalho social com as famílias, a equipe de referência do CREAS deverá elaborar um planejamento em conformidade com o diagnóstico, para implementação do PAEFI, que é um serviço desenvolvido obrigatoriamente no CREAS.

Art. 25. Compete ao Pré-Atendimento do CREAS:

I – Receber o usuário que procura os serviços do CREAS de forma espontânea ou por encaminhamento do CRAS, de outros serviços da rede socioassistencial (Saúde, Educação, Mulheres, Diversidade) ou de demais órgãos e serviços da rede intersetorial, como Conselho Tutelar, de Delegacias Especializadas, de Juizados Especializados (infância e juventude; Família; Criminal), entre outros.

II - Preencher o formulário de Registro de Atendimento Diário, conforme Anexo I.

III – Verificar se o usuário é atendido na rede socioassistencial (CRAS) e se está cadastrado no CadÚnico, caso não tenha sido encaminhado pelo CRAS.

IV – Realizar o cadastro no CREAS e encaminhar ao CadÚnico, se for o caso.

V - Agendar atendimento ou encaminhar imediatamente para o Atendimento Técnico Especializado, conforme a especificidade e urgência do caso.

Art. 26. Compete à Equipe do Atendimento Técnico Especializado do CREAS:

I – Realizar a Acolhida Inicial.

II - Averiguar se o usuário ou membros de sua família já foram atendidos pelo CREAS, ou seja, se já tem Prontuário no CREAS.

III – Preencher o Formulário Diagnóstico Social do CREAS, conforme modelo dos Anexo IV, se se tratar de primeiro atendimento, o qual deve ser juntado ao Prontuário da família ou membro do grupo familiar.

IV – Realizar a Escuta Qualificada, identificando as necessidades apresentadas pelas famílias e/ou indivíduos.

V - Registrar no Prontuário o tipo de intervenção necessária (individual ou coletiva), o atendimento realizado e os encaminhamentos demandados.

VI – Realizar visita domiciliar, se necessário, emitindo Relatório e Parecer Social, conforme modelo constante no Anexo III.

VII – Identificar a situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos.

VIII - Avaliar se realmente constitui situação a ser atendida nos Serviços do CREAS e identificar demandas imediatas de encaminhamentos.

IX – Elaborar o Plano de Acompanhamento Familiar visando a superação das violações vivenciadas, conforme modelo constante do Anexo V.

X – Elaborar o Plano Individual de Atendimento-PIA, quando o atendimento envolver crianças e adolescentes, em atendimento ao Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme modelo constante do Anexo VI.

XI – Inserir a família no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Família e ao Indivíduo-PAEFI.

XII – Encaminhar as famílias e/ou indivíduos para serviços, programas e benefícios da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, nas situações de violação de direitos que extrapolam a possibilidade de intervenção e competência do CREAS, promovendo assim a articulação em rede.

§1º. Quando o Plano Individual de Atendimento-PIA tratar de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa será utilizado o modelo constante do Anexo VII.

§2º. A articulação em rede compreende o atendimento intersetorial do CREAS, conforme a situação demandada, com:

I – Centro de Referência em Assistência Social – CRAS;

II - Gestão do Cadastro Único para Programas Sociais e dos Programas de Transferência de Renda e Benefícios;

III- Serviços de Saúde, em especial a Saúde Mental;

IV - Órgãos de Defesa de Direitos (Conselho Tutelar, Ministério Público, Poder Judiciário, Defensoria Pública, Delegacias Especializadas);

V - Rede de Educação;

VI - Serviços de Acolhimento;

VII - Trabalho e geração de renda.

Subseção I

Do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Família e ao Indivíduo – PAEFI

Art. 27. O Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI, ofertado no CREAS, tem por pressuposto a garantia de um atendimento continuado, visando a inserção do seu público alvo em serviços socioassistenciais para qualificar a intervenção e ampliar o acesso a direitos, devendo estar articulado com a rede socioassistencial (demais serviços socioassistenciais, outras políticas públicas e o Sistema de Garantia de Direitos).

Art. 28. O PAEFI realiza o trabalho social voltado para a promoção de direitos sociais das famílias que tenham um ou mais de seus integrantes em situações de ameaça ou rompimento de vínculos, através do

Atendimento ou do Acompanhamento Individual ou Familiar no âmbito da Proteção Social Especial.

Art.29. São ações do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Família e ao Indivíduo – PAEFI:

I – Acolhida e avaliação inicial;

II – Atendimento psicossocial (individual, familiar e em grupo);

III - Construção do Plano de Ação;

IV - Realização/participação de ações de mobilização e enfrentamento;

V – Orientação jurídico-social, se necessário;

VI – Acompanhamento dos encaminhamentos;

VII – Visita domiciliar, quando necessário;

VIII – Articulação com a rede (referência e contrarreferência).

Art. 30. O acompanhamento individual ou familiar realizado pelo CREAS no âmbito do PAEFI compreende as seguintes atividades:

I – Executar o Plano Individual de Atendimento (PIA) ou o Plano de Acompanhamento Familiar (PAF), podendo solicitar do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos a realização de atividades complementares do trabalho social realizado no PAEFI, se necessário.

II – Avaliar o processo de acompanhamento individual ou familiar, junto com o(s) interessado(s).

III – Promover a adequação do PIA/PAF, no caso de não ter havido a superação das situações de vulnerabilidade, ou seja, se os objetivos do PIA/PAF não foram alcançados, dando continuidade ao processo de acompanhamento.

IV – Elaborar Relatórios técnicos sobre o acompanhamento realizado.

V – Providenciar o desligamento do indivíduo ou da família do processo de acompanhamento, no caso de superação das situações de vulnerabilidades, ou seja, se os objetivos propostos no PIA/PAF foram alcançados.

Seção III

Da Concessão de Benefícios Eventuais

Art. 31. A oferta de benefícios eventuais pode ocorrer mediante:

I - Apresentação de demandas por parte de indivíduos e familiares em situação de vulnerabilidade.

II – Identificação dessas situações no atendimento dos usuários nos serviços socioassistenciais (CRAS e CREAS).

III - Acompanhamento sociofamiliar no âmbito da Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE).

Art. 32. Os benefícios eventuais serão concedidos a quem possua renda familiar per capita igual ou inferior a meio salário mínimo nacional, em conformidade com as contingências de riscos, perdas e danos previstos no art. 19 da Lei Municipal nº 933, de 18 de setembro de 2017, constatados pelo Atendimento Especializado (equipe técnica).

Parágrafo único. A concessão deve estar obrigatoriamente associada à inserção do beneficiário nos serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF e Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI.

Art. 33. A Equipe Técnica do CRAS, após entrevista, define que indivíduos ou famílias em situação de vulnerabilidade temporária terão o direito de receber os seguintes auxílios:

I - Auxílio Natalidade – prestação temporária da assistência social destinada a auxiliar nas despesas do nascimento de criança em situação de vulnerabilidade social, podendo ser concedido em pecúnia e/ou em bens de consumo.

II - Auxílio por Morte: prestação temporária em pecúnia ou em bens de consumo que será concedido em parcela única, com o objetivo de reduzir vulnerabilidades provocadas por morte de membro da família.

III - Auxílio em situações de vulnerabilidade temporária.

IV - Auxílio em situações de emergência, desastre e calamidade pública.

Art. 34. Compete à Equipe Técnica:

I – Receber o interessado em obter benefício eventual.

II – Avaliar a solicitação, definindo se atende os critérios para concessão de benefícios eventuais.

III – Emitir Parecer Social.

IV – Encaminhar à Secretária da pasta, que é gestora do Fundo Municipal de Assistência Social.

Art. 35. Compete à Secretária SETRAS:

I – Receber o requerimento do interessado acompanhado de cópia de identidade, CPF e comprovante de endereço, número do NIS e/ou número do cadastro no CRAS, e parecer social.

II – Autorizar, ou não, a concessão do benefício, conforme Parecer Social.

III – Reavaliar o requerimento, se julgar pertinente, no caso do Parecer Social ser desfavorável, devendo:

a) Reconsiderar a conclusão do Parecer Social, autorizando a concessão do benefício;

b) Manter a conclusão do parecer, arquivando o pedido.

III – Manter controle das concessões de benefícios por família, tipo de auxílio, mês, quantidade e valor, conforme modelo constante do Anexo VII desta Instrução.

IV – Elaborar e manter relatórios/demonstrativos correspondentes ao período de liberação de recursos, contendo o desempenho do Programa, as receitas e despesas, o saldo anterior e para o período subsequente ou a recolher.

Seção IV

Dos Procedimentos de Atendimento de Medida Socioeducativa

Art. 36. Ao receber a comunicação da Promotoria de Justiça de Conde/PB, por ofício, indicando os adolescentes em conflito com a lei que darão início ao cumprimento de medida socioeducativa, a Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social, através da Equipe técnica do CREAS, deverá:

I – Observar qual a data da Audiência Admonitória.

II – Acompanhar a recepção dos adolescentes em conflito com a lei, em Audiência Admonitória na sede da Vara de Justiça Especializada da Infância e Juventude em João pessoa ou na sede da Vara Única da Comarca de Conde, conforme o caso, que cumprirão Medida Socioeducativa em meio aberto.

III – Coletar dados relevantes e agendar o dia em que o adolescente e seu responsável deverão comparecer à sede do CREAS, durante a Audiência.

IV – Realizar o atendimento psicossocial individualizado, através do qual se verificará a aptidão física e profissional do adolescente.

V – Preencher o Plano Individual de Atendimento-PIA (Anexo VII), o qual permitirá o gerenciamento e monitoramento da Medida Socioeducativa.

VI – Acordar com o adolescente e seu responsável legal o local e as atividades para cumprimento da Medida Socioeducativa a ser executada, em conformidade com a determinação judicial (Prestação de Serviços à Comunidade-PSC ou Liberdade Assistida-LA).

VII – Encaminhar o adolescente à Entidade onde prestará serviço à comunidade.

VIII – Agendar próximo atendimento e inserir o adolescente em cursos e outras atividades, no caso de liberdade assistida.

IX – Encaminhar o adolescente ao CAPS nos casos que requeiram tratamento toxicológico.

X – Realizar o acompanhamento psicossocial do adolescente, bem como de sua família, quinzenal ou mensalmente, conforme Medida Socioeducativa que foi aplicada.

XI – Subsidiar as atividades de monitoramento e avaliação dos Departamentos de Proteção Social Básica e Especial.

§1º. Durante a execução da Medida Socioeducativa serão desenvolvidos: atendimento individual e familiar, acompanhamento escolar, visitas domiciliares, visitas às Entidades onde o adolescente prestará serviços à comunidade, atendimento jurídico, encaminhamento ao programa de emprego jovem aprendiz, cursos de formação profissional e a integração em projetos e programas da rede socioassistencial, dentre outras atividades pertinentes.

§2º. Os adolescentes serão sempre assistidos pelo Orientador Social que acompanhará a frequência escolar e a frequência dos mesmos nos locais de prestação de serviços à comunidade.

§3º. O Orientador Social registrará todas as ocorrências e progressos obtidos pelos adolescentes, encaminhando as informações para a Equipe Técnica do CREAS.

Seção V

Dos Procedimentos de Monitoramento e Avaliação nas Unidades da Proteção Básica e Especial

Art. 37. Cada Unidade manterá uma pasta com formulários padrões de organização e controle, arquivada nos Departamentos de Proteção Básica e Especial, contendo:

I - Ficha de Identificação da Unidade;

II - Plano de Ação das políticas da Assistência Social;

III - Plano de Aplicação de Recursos;

IV - Registro e Controle dos Serviços.

Art. 38. As Unidades da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial manterão registro e controle dos serviços/atividades realizadas, devendo:

I - Elaborar relatórios mensais qualitativos e quantitativos, conforme modelo dos Anexos IX e X, contendo:

a) Registro evolutivo de famílias atendidas;

b) Quantas visitas foram feitas/mês e o motivo que as desencadeou;

c) Natureza das vulnerabilidades e das potencialidades detectadas, os tipos de encaminhamentos pela equipe, enumerando-os e colocando o destino (rede socioassistencial, programas, benefícios);

d) Atividades, palestras, cursos e oficinas realizadas no mês, (com registros de evidências, como: fotos, atas e relação de participantes).

II – Discutir com a Secretária as informações dos relatórios mensais, visando encontrar soluções para os problemas evidenciados, para suporte e fortalecimento das políticas da Assistência Social no município.

III – Preencher, mensalmente, o Relatório Mensal de Atendimento-RMA no sítio eletrônico do Ministério do Desenvolvimento Social-MDS.

IV - Preencher o Relatório Mensal de Atendimento-RMA para o Estado, encaminhando-o à Secretaria de Desenvolvimento Humano-SEDH/PB.

V – Consolidar as informações registradas pelo Orientador Social com a análise psicossocial da Equipe Técnica do CREAS, emitindo Relatório de Cumprimento de Medida Socioeducativa e encaminhando-o à Promotoria de Justiça de Conde/PB e à(ao) Secretária(o) Municipal de Trabalho e Assistência Social, quinzenalmente, até o encerramento da Medida Socioeducativa.

VI – Encaminhar os Relatórios citados nos incisos III, IV e V deste artigo para ciência da(o) Secretária(o) da pasta.

VII - Realizar reuniões periódicas de verificação e orientação, conforme avaliação.

Art.39. Compete ao Gabinete da Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social:

I - Analisar e armazenar o conjunto de informações provenientes dos referidos Serviços.

II – Avaliar os resultados registrados nos relatórios constantes do art. 38, em conjunto com coordenadores das unidades de proteção social básica e especial.

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 40. Os esclarecimentos adicionais a respeito deste documento poderão ser obtidos junto à Controladoria Geral do Município de Conde que, por sua vez, através de procedimentos de auditoria interna, aferirá a fiel observância de seus dispositivos por parte das diversas unidades da estrutura organizacional.

Art. 41. O CRAS e o CREAS deverão organizar em pastas individualizadas, após cada atendimento, os procedimentos, encaminhamentos, desdobramentos e desfecho dos casos.

Art. 42. Os prontuários deverão ser guardados em local específico, apropriado e seguro, a fim de garantir o sigilo das informações pessoais, sendo que o acesso deverá obedecer ao código de ética profissional. Eles poderão ser requisitados, a qualquer momento, para consulta de auditorias, interna ou externa, do Tribunal de Contas do Estado, do Tribunal de Contas da União, da Controladoria Geral da União e da Controladoria Geral do Estado.

Art. 43. Pertencem a esta Instrução Normativa os seguintes anexos:

ANEXO I: Registro de Atendimento Diário.

ANEXO II: Formulário de Entrevista Social do CRAS.

ANEXO III: Relatório e Parecer Social.

ANEXO IV: Diagnóstico Social do CREAS.

ANEXO V: Plano de Acompanhamento Familiar.

ANEXO VI: Plano Individual de Atendimento.



ANEXO VII: Plano individual de Atendimento – Medidas Socioeducativas.

ANEXO VIII: Controle de Benefícios Eventuais

ANEXO IX: Relatório Complementar de Registro Mensal de Atendimentos do CRAS.

ANEXO X: Relatório Complementar de Registro Mensal de Atendimentos do CREAS.

ANEXO XI: Fluxograma – Atendimento no CRAS e no CREAS.

ANEXO XII: Fluxograma – Benefícios Eventuais.

ANEXO XII: Fluxograma – Medidas Socioeducativas.

ANEXO XIV: Fluxograma – Monitoramento e Avaliação.

Art. 44. Esta Instrução Normativa entra em vigor a partir de sua aprovação e publicação.

Conde – PB, 05 de julho de 2019.

GIRLENE MELO SILVA ROQUE

Secretária da Controladoria Geral de Município

DIANA APARECIDA M. RIBEIRO DE ANDRADE

Secretária Municipal de Trabalho e Ação Social

Ciente. Publique-se, em 22/07/2019.

MARCIA DE FIGUEIREDO LUCENA LIRA

Prefeita

ANEXOS





ANEXO I
IN SAS nº 01/2019
REGISTRO DE ATENDIMENTO DIÁRIO



ATENDIMENTO Nº _____		REALIZADO EM: ____/____/____		POR: _____	
<input type="checkbox"/> CRAS <input type="checkbox"/> CREAS		1ª VEZ <input type="checkbox"/> RETORNO <input type="checkbox"/>			
Nome: _____ Idade: _____					
Endereço: _____					
Ponto de Referência: _____ Fone: _____					
Data Nascimento: ____/____/____ NIS: _____ CPF: _____					
Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino			Orientação Sexual: Gay <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Lésbica <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		
Perfil Racial: Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Índio <input type="checkbox"/>			Comunidade Tradicional: Indígena <input type="checkbox"/> Quilombola <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>		
Inclusão em Programas/Benefícios Sociais: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual? <input type="checkbox"/> PAIF/PAEFI <input type="checkbox"/> SCFV <input type="checkbox"/> PAA <input type="checkbox"/> PBF - R\$ _____ <input type="checkbox"/> BPC - R\$ _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____					
ASSUNTO: _____					
ENCAMINHADO POR: _____					



ATENDIMENTO Nº _____		REALIZADO EM: ____/____/____		POR: _____	
<input type="checkbox"/> CRAS <input type="checkbox"/> CREAS		1ª VEZ <input type="checkbox"/> RETORNO <input type="checkbox"/>			
Nome: _____ Idade: _____					
Endereço: _____					
Ponto de Referência: _____ Fone: _____					
Data Nascimento: ____/____/____ NIS: _____ CPF: _____					
Gênero: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>			Orientação Sexual: Gay <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Lésbica <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		
Perfil Racial: Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Índio <input type="checkbox"/>			Comunidade Tradicional: Indígena <input type="checkbox"/> Quilombola <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>		
Inclusão em Programas/Benefícios Sociais: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual? <input type="checkbox"/> PAIF/PAEFI <input type="checkbox"/> SCFV <input type="checkbox"/> PAA <input type="checkbox"/> PBF - R\$ _____ <input type="checkbox"/> BPC - R\$ _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____					
ASSUNTO: _____					
ENCAMINHADO POR: _____					

ANEXO II
IN SAS nº 01/2019
FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SOCIAL

 PREFEITURA DE CONDE <small>A CIDADE UNIDA</small>	Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SOCIAL	 CRAS			
DADOS PESSOAIS					
NOME: _____					
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro				
RG: _____ Emissão: ____/____/____	CTPS nº: _____ Série: _____ Emissão: ____/____/____				
CPF: _____	PIS/NIS: _____				
CERTIDÃO DE: Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/> Nº _____ Livro: _____ Folha: _____ Emissão: _____					
NATURALIDADE: _____	ESCOLARIDADE: _____	PROFISSÃO: _____			
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União Estável		COR/RAÇA: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela/Oriental <input type="checkbox"/> Indígena			
PAI: _____					
MÃE: _____					
ENDEREÇO: _____					
Ponto de Referência: Tel.:					
Tempo de residência neste endereço: Tempo de residência neste município:					
COMPOSIÇÃO FAMILIAR					
Nome	Data de Nascimento	Parentesco	Escolaridade	Profissão	Renda
CONDIÇÕES HABITACIONAIS					
TIPO DE RESIDÊNCIA: _____			TIPO DE CONSTRUÇÃO: _____		
__ Própria __ Alugada __ Cedida __ Doada __ Assentamento __ Outros - Especificar _____			__ Alvenaria __ Madeira __ Taipa __ Lona __ Outro - Especificar _____		
NÚMERO DE CÔMODOS: ____ __ Sala __ Cozinha __ Banheiro __ Quartos: ____ __ Outro: _____					
ENERGIA ELÉTRICA: () Sim () Não. Valor mensal pago: R\$ _____					
ABASTECIMENTO DE ÁGUA: _____			TRATAMENTO DE ÁGUA: _____		
__ Rede Pública __ Cisterna __ Poço/Nascente __ Outros _____			__ Filtrada __ Fervura __ Cloração __ Sem tratamento __ Outros: _____		
RUA: () Asfaltada () Calçada () Terra batida () Outro. Especificar _____					
ESCOAMENTO SANITÁRIO: _____			DESTINO DE LIXO _____		
__ Rede Pública __ Fossa Séptica __ Fossa Rudimentar __ Céu aberto __ Outros: _____			__ Coleta __ Queimado __ Enterrado __ Céu aberto __ Outros: _____		
UTENSÍLIOS DOMÉSTICOS: __ Fogão __ Geladeira __ Televisão __ Mesa __ Cadeira __ Sofá __ Cama __ Filtro __ Bicicleta __ Rádio __ Outros _____					

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS				
SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO DO RESPONSÁVEL FAMILIAR				
Ocupação: <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Aposentado / Pensionista <input type="checkbox"/> Trabalho rural <input type="checkbox"/> Diarista			RENDA MENSAL OU DIÁRIA: R\$ _____	
FAMÍLIA RECEBE BENEFÍCIO ASSISTENCIAL/EVENTUAL/PREVIDENCIÁRIO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Qual: _____			Valor: R\$ _____	
INSERIDO EM ALGUM PROGRAMA MUNICIPAL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			RENDA FAMILIAR TOTAL: R\$ _____	
Qual: _____				
CONDIÇÕES DE SAÚDE				
EXISTEM PROBLEMAS DE SAÚDE NA FAMÍLIA: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Nome	Idade	Parentesco	Patologia	Uso de Medicação
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
EXISTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA NA FAMÍLIA: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Tipo de deficiência: 1. Física 2. Mental 3. Sensorial 4. Múltipla - Origem da deficiência: 1. Nascimento 2. Acidente 3. Doença				
Nome	Idade	Parentesco	Tipo	Origem
EXISTE DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA FAMÍLIA: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se Sim, qual?				
<input type="checkbox"/> Tabagismo		Quem? _____		
<input type="checkbox"/> Alcoolismo		Quem? _____		
<input type="checkbox"/> Outra. Especificar:		_____		
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:				
.....				
.....				
PROVIDÊNCIAS RECOMENDADAS:				
.....				
.....				
Conde/PB, ____ de _____ de 20XX.				
_____ Assinatura do Técnico Entrevistador			_____ Assinatura do entrevistado	

ANEXO III
IN SAS nº 01/2019
RELATÓRIO E PARECER SOCIAL / VISITA DOMICILIAR

 PREFEITURA DE CONDE A CIDADE UNIDA	Secretaria Municipal de Trabalho e Ação Social RELATÓRIO E PARECER SOCIAL VISITA DOMICILIAR	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><input type="radio"/> CRAS<input type="radio"/> CREAS<input type="radio"/> CADÚNICO</div>		
ASSISTENTE SOCIAL: _____		Data: _____
1. IDENTIFICAÇÃO		
Nome do Responsável Legal: _____		NIS: _____
Endereço: _____		
Comunidade: _____		
Ponto de Referência: _____		Tel.: _____
2. MOTIVO DA VISITA		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><input type="radio"/> Busca Ativa / Cadastro Novo<input type="radio"/> Averiguação<input type="radio"/> Acompanhamento<input type="radio"/> Encaminhamento</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Família cadastrada no Cad Único <input type="checkbox"/> Família beneficiária do PBF <input type="checkbox"/> Família em descumprimento do PBF <input type="checkbox"/> Família beneficiária de BPC <input type="checkbox"/> Família inserida em outros Programas e/ou Serviços. Especificar: _____</div><div><input type="checkbox"/> Família com C/A participando das atividades do SCFV <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><input type="checkbox"/> 0 a 6 anos<input type="checkbox"/> 7 a 14 anos<input type="checkbox"/> 15 a 17 anos</div><input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> Gestante: Idade _____ Tempo de gestação _____</div></div>		

5. CONTEXTO FAMILIAR**SITUAÇÃO CONJUGAL**

☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) / Convívio co Parceiro ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Outra _____

OCUPAÇÃO

FREQUENTA A ESCOLA: ☐ Sim ☐ Não

QUAL O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTOU OU FREQUENTA?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Creche | <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos |
| <input type="radio"/> Pré-escola | <input type="radio"/> Ensino Médio |
| <input type="radio"/> Ensino Fund.Incompleto | <input type="radio"/> Ensino Médio EJA |
| <input type="radio"/> Ensino Fund.Completo | <input type="radio"/> Pré-Vestibular |
| <input type="radio"/> Ensino Fund. EJA Completo | <input type="radio"/> Ensino Superior / Mestrado |
| <input type="radio"/> Nunca frequentou a escola | <input type="radio"/> Especialização / Doutorado / Aperfeiçoamento |

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

- ☐ Empregador
☐ Assalariado com carteira
☐ Assalariado sem carteira
☐ Autônomo com Previdência social
☐ Autônomo sem Previdência social
☐ Aposentado / Pensionista
☐ Desempregado
☐ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto responsável ☐ Outra(s) criança(s) ☐ Adolescente
☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?

☐ Sim ☐ Não Qual? _____

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?

☐ Sim ☐ Não Qual? _____

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL/ IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☐ Não Se *Sim*, qual?

- ☐ Heterossexual ☐ Lésbica ☐ Travesti ☐ Gay
☐ Bissexual ☐ Transsexual ☐ Outra

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA

☐ Sim ☐ Não

- ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva
☐ Outra

6. CONCLUSÃO E PARECER SOCIAL

- ☐ Inclusão nas atividades de Convivência ☐ Inclusão no acompanhamento social domiciliar
☐ Permanência no acompanhamento social domiciliar ☐ Permanência nas atividades de Convivência

Avaliação técnica dos dados coletados:



7. ENCAMINHAMENTOS

Conde-PB, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do(s) Entrevistado(s)

Assinatura do Profissional

ANEXO IV
IN SAS nº 01/2019
DIAGNÓSTICO SOCIAL

 PREFEITURA DE CONDE <small>A CIDADE UNIDA</small>	Secretaria Municipal de Trabalho e Ação Social CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL	 CREAS
DIAGNÓSTICO SOCIAL		
Forma de Acesso ao CREAS: <input type="checkbox"/> Busca Ativa <input type="checkbox"/> Demanda Espontânea <input type="checkbox"/> Encaminhamento		
I - IDENTIFICAÇÃO DO ASSISTIDO		
Nome: _____		Chefe de família: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Registro Civil: Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento <input type="checkbox"/>	CPF: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outro documento
Nº _____ Livro: _____ Folha: _____	Nº: _____	
Data de Nascimento ____/____/____	Idade _____	Naturalidade _____
UF _____	Etnia _____	
Filiação: Pai: _____ Mãe: _____		
Responsável Legal: _____		
Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União Estável		
Filhos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____		NIS - Número Individual Social
Endereço completo Logradouro (Rua, Avenida, Travessa): _____		
Bairro/Comunidade: _____		CEP: _____
Ponto de Referência: _____		Telefone: _____
Escolaridade	Escola	Turno
II - SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA		
Ocupação: <input type="checkbox"/> Trabalhador Formal <input type="checkbox"/> Trabalhador Informal <input type="checkbox"/> Trabalhador Rural <input type="checkbox"/> Aposentado/Pensionista <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado		Renda Mensal R\$ _____
Benefício Assistencial <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ R\$ _____	Benefício Eventual <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ R\$ _____	Benefício Previdenciário <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ R\$ _____
Residência <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Compartilhada		Tipo de Construção <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Outra
Nº cômodos _____	Banheiro <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Quantas pessoas vivem no imóvel Total: _____ Trabalham? _____ Estudam? _____
Condições de Moradia: Energia elétrica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____ Abastecimento de água: <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Poço <input type="checkbox"/> Outros		
Esgotamento Sanitário: <input type="checkbox"/> Saneamento <input type="checkbox"/> Fossa <input type="checkbox"/> Céu aberto <input type="checkbox"/> Outro		
Destino do lixo: <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Queimado <input type="checkbox"/> Enterrado <input type="checkbox"/> Céu aberto <input type="checkbox"/> Outro		
Projeto Social <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____		

III - COMPOSIÇÃO FAMILIAR						
Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda	

IV - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
Algum familiar usa medicamento de alto custo periodicamente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Medicamento fornecido pela UBS: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual o tipo de tratamento: _____	
Existe dependência química na família: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Qual?	<input type="checkbox"/> Tabagismo Quem? _____
	<input type="checkbox"/> Alcoolismo Quem? _____
	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____

V - IDENTIFICAÇÃO DA VIOLAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Abuso Sexual <input type="checkbox"/> Exploração Sexual
<input type="checkbox"/> Negligência	<input type="checkbox"/> Situação de Rua <input type="checkbox"/> Intrafamiliar <input type="checkbox"/> Outra: _____

VI - PERFIL DO AGRESSOR	
Sexo	Idade
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> 12 a 17 anos <input type="checkbox"/> 18 a 59 anos <input type="checkbox"/> 60 anos ou mais <input type="checkbox"/> Não relatou
Tipificação	
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padastro <input type="checkbox"/> Madastra <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Avô <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Marido <input type="checkbox"/> Esposa	
<input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Irmã <input type="checkbox"/> Filha <input type="checkbox"/> Neto <input type="checkbox"/> Neta <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outros	
Estado Civil	
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Não relatou	
Escolaridade	
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Não relatou
Situação socioeconômica	
<input type="checkbox"/> Sem renda <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> BPC <input type="checkbox"/> Trabalhador informal	
<input type="checkbox"/> Trabalho Formal <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Não relatou	
Renda Mensal	
<input type="checkbox"/> Menos de 01 Salário Mínimo <input type="checkbox"/> 01 Salário Mínimo <input type="checkbox"/> 02 Salários Mínimos <input type="checkbox"/> 03 Salários Mínimos	
<input type="checkbox"/> Acima de 03 Salários Mínimos <input type="checkbox"/> Não Relatou	
Uso / Abuso de álcool/ drogas: Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____	
Conde-PB, ____ de _____ de 20XX.	
Assistido	Técnico Responsável

ANEXO V
IN SAS nº 01/2019
PLANO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

 PREFEITURA DE CONDE <small>A CIDADE UNIDA</small>	Secretaria Municipal de Trabalho e Ação Social PLANO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR	
UNIDADE DE ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> CRAS <input type="checkbox"/> CREAS		
Informações da família		
Nome do Responsável Familiar: _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Data de Nascimento ____/____/____	NIS _____	
CPF _____		
Endereço completo: _____ _____ _____		
Ponto de Referência: _____ Fone: _____		
Composição familiar		
Nome	Data de Nascimento	Grau de parentesco
Diagnóstico		
Informado em: ____/____/____		
Diagnóstico:	<i>Identificação das reais condições de precariedade do acesso ou não aos direitos constitucionais de uma família, bem como a identificação das potencialidades de uma família.</i>	
Potencialidades do grupo familiar (capacidade de desenvolver talento; possibilidade de transformar a realidade)		
Vulnerabilidades/Violações de direitos		
<i>(geradas pelas múltiplas expressões da questão social: pobreza, desemprego, violência, discriminação de gênero, raça, etnia e orientação sexual, trabalho precário, dificuldade de acesso à saúde, à educação e ao trabalho, falta de moradia, violação dos direitos das crianças e idosos (VER LISTA NO VERSO)).</i>		

Objetivos	
Informado em: ____/____/____	
Objetivos a serem alcançados: (ações socioassistenciais para combater as vulnerabilidades)	
Estratégias	
Informado em: ____/____/____	
Estratégias adotadas (intervensões a serem realizadas com a família):	Prazo por Estratégia
1 -	
2 -	
3 -	
4 -	
Articulação da Rede	
Recursos a serem mobilizados no território	
Rede Pessoal (recursos ao redor da residência)	Rede de Apoio (recursos institucionais)
Eixos de Intervenção	
(Serviços socioassistenciais, Convivência Familiar e Comunitária, Aspectos Jurídicos, Qualificação Profissional/Cursos, Serviços de outras Políticas Públicas)	
Compromissos assumidos pela Família no processo de superação das vulnerabilidades/violações de direitos (metas): 	
Compromissos assumidos pela Equipe de Referência no processo de superação das vulnerabilidades/violações de direitos: 	
Prazo de execução do Plano de Acompanhamento Familiar: _____	Prazo de avaliação do PAF: _____

Avaliação

Itens a serem avaliados e reavaliados: Inserção da família nas ações do PAIF ou PAEFI e demais políticas públicas, as respostas dadas pelo poder público, os resultados e mediações realizadas, cumprimento dos objetivos e resultados alcançados.

This image shows a full page of handwriting practice paper. It features ten identical rows of horizontal guidelines. Each row is composed of three lines: a solid top line, a dashed middle line, and a solid bottom line. The rows are evenly spaced across the page, providing ample room for practicing letter formation and alignment. There is no text or other markings on the page.

Desligamento

Data: ____/____/____

Motivo do Desligamento:

☐ Superação dos riscos/vulnerabilidades ☐ Evasão ou recusa da Família

☐ Mudança de município ☐ Outros



Observações:

Conde/PB, ____ de ____ de ____.

Responsável Familiar

Técnico (a) de Referência

ANEXO V
IN SAS nº 01/2019
PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO – PIA

 PREFEITURA DE CONDE <small>A CIDADE UNIDA</small>	Secretaria Municipal de Trabalho e Ação Social PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO - PIA	 CREAS
I - INFORMAÇÕES GERAIS		
1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO <input type="checkbox"/> Acolh. Institucional <input type="checkbox"/> Acolh. em Família Acolhedora		
1.1 Nome do serviço de acolhimento institucional: _____		
1.2 Endereço: _____		
1.3 Tel.: () _____ 1.4 Dirigente: _____		
1.5 Nome dos responsáveis da família acolhedora: _____		
1.6 Endereço do órgão executor: _____		
1.7 Tel.: () _____ 1.8 Dirigente: _____		
2. INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA/ADOLESCENTE		
a. <input type="checkbox"/> Encaminhada(o)/Vinda(o) de outro Município ou U; b. <input type="checkbox"/> Uso de álcool/droga; c. <input type="checkbox"/> Deficiência ou problema de saúde grave; d. <input type="checkbox"/> Acolhida(o) anteriormente; e. <input type="checkbox"/> Transferida(o) de outro serviço de acolhimento; f. Se sim, qual: _____		
2.1 Nome Completo: _____ 2.2 <input type="checkbox"/> Sem registro em cartório		
2.3 Como prefere ser chamado (a): _____		
2.4 Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino 2.5 Cor/Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena		
2.6 Data de Nascimento: __/__/____ 2.7 Idade: __ anos __ meses 2.8 <input type="checkbox"/> Idade presumida		
2.9 Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira: _____ 2.10 Naturalidade: _____		
2.11 Endereço da última residência (Rua, Av.) _____		
2.12 Município: _____ 2.13 Bairro: _____ 2.14 UF: _____		
2.15 CEP: _____		
3. CIRCUNSTÂNCIAS DO ACOLHIMENTO a. Data do acolhimento: __/__/____		
3.1 Nome do responsável pelo acolhimento: _____		
3.2 Função do responsável pelo acolhimento: _____ 3.3 Contato: _____		
3.4 Motivo(s) do acolhimento: <input type="checkbox"/> Entrega voluntária <input type="checkbox"/> Orfandade <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Violência Física <input type="checkbox"/> Violência Psicológica <input type="checkbox"/> Abuso Sexual <input type="checkbox"/> Exploração Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil <input type="checkbox"/> Situação de rua/mendicância <input type="checkbox"/> Ausência dos pais/responsáveis por doença <input type="checkbox"/> Ameaça de morte dos pais/responsáveis <input type="checkbox"/> Ausência dos pais/responsáveis por prisão ou MSE de internação <input type="checkbox"/> Pais/ responsáveis usuários abusivos de álcool <input type="checkbox"/> Pais/ responsáveis usuários abusivos de drogas <input type="checkbox"/> Pais/ responsáveis com algum tipo de deficiência <input type="checkbox"/> Conflito familiar <input type="checkbox"/> Pais/ responsáveis com transtorno mental/sofrimento psíquico <input type="checkbox"/> Negligência: Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Outro: Especifique: _____		
3.5 Considerando os motivos acima assinalados, informe quem é/são o(s) suposto(s) autor(es) da violência/violação de direitos ou responsável(is) que está(ão) impossibilitado(s) de prestar os cuidados e proteção necessários à criança/adolescente? <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Irmã(o) <input type="checkbox"/> Tia(o) <input type="checkbox"/> Prima(o) <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Avô <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Outro: Especifique: _____		
3.6 Com quem a criança/adolescente residia antes da aplicação da medida protetiva de acolhimento? Informe nome completo e parentesco: _____ _____ _____		



4. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

a. ☐ Em estudo e acompanhamento da situação familiar b. ☐ Criança/adolescente Órfão c. ☐ Preparação para reintegração familiar (família natural) d. ☐ Preparação para reintegração familiar (família extensa) e. ☐ Poder familiar destituído f. ☐ Em processo de guarda/tutela/adopção g. ☐ Sem informação da família

I. Nome: Nome completo e sem abreviação **II. Parentesco:** 1. Própria criança/adolescente acolhido 2.Mãe 3.Pai 4.Madrasta 5.Padrasto 6.Irmã(o) 7.Avô(ô) 8.Tia(o) 9.Prima(o) 10.Outros **III. Idade:** Ano(s)/Mês(es) **IV. Sexo:** M – Masculino F - Feminino **V. Escolaridade:** 0. Sem idade escolar 1. Creche 2. Pré-escola 3.Ensino Fundamental 4.Ensino Médio 5.Ensino Fundamental EJA 6.Ensino Médio EJA 7.Alfabetização para Adultos 8.Superior/Aperfeiçoamento/Especialização/Doutorado/ 9.Pré-Vestibular 10.Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever 11.Nunca frequentou a escola e não sabe ler ou escrever **VI. Ocupação:**1. Não trabalha 2.Trabalhador por conta própria (autônomo/bico) 3.Temporário em área rural 4.Empregado sem carteira assinada 5.Empregado com carteira assinada 6.Trabalhador doméstico sem carteira assinada 7. Trabalhador doméstico com carteira assinada 8. Trabalhador não remunerado 9. Militar ou servidor público 10.Empregador 11.Estagiário 12.Aprendiz **VII. Renda:** Renda individual (em R\$)

I. Nome	II. Parentesco	III. Idade	IV. Sexo	V. Escolaridade	VI. Ocupação	VII. Renda	VIII. Endereço	IX. Telefone
1. <i>Maria dos Anjos</i>	1	14 a/3m	F	3	1	R\$		
2. <i>Maria do Céu</i>	2	34 a/8m	F	3	7	R\$		
3. <i>João da Cruzes</i>	5	59 a/4m	M	2	3	R\$		
4. <i>Dalvanira Beltrano</i>	7	62 a/9m	F	10	1	R\$		
5. <i>Abigail das Quantas</i>	6	18 a/7m	F	9	11	R\$		
6						R\$		
7						R\$		
8						R\$		
9						R\$		

5. INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE A FAMÍLIA

5.1 ESPECIFICIDADES (informar o número referente ao indivíduo da tabela)

a. Transtorno mental/sofrimento psíquico	_ _ _ _ _ _ _ _ _
b. Dependência química	6 _ _ _ _ _ _ _ _ _
c. Pessoa com deficiência	8 _ _ _ _ _ _ _ _ _
d. Família/indivíduo indígena	_ _ _ _ _ _ _ _ _
e. Pessoa presa ou em cumprimento de MSE	_ _ _ _ _ _ _ _ _
f. Em situação de rua	_ _ _ _ _ _ _ _ _
g. Outra especificidade 1: _____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
h. Outra especificidade 2: _____	_ _ _ _ _ _ _ _ _

5.2 PROGRAMAS E BENEFÍCIOS SOCIAIS

a. A família recebe dinheiro de algum Programa Social? ☐ Sim ☐ Não

☐ Bolsa Família ☐ PETI

☐ BPC (pessoa da família) ☐ BPC (criança/adolescente acolhido)

☐ Outro. Qual?

6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE A CRIANÇA/ADOLESCENTE6.1 Criança/adolescente sem família ou identidade conhecidas? ☐ Não ☐ Sim6.2 Incluído no Cadastro Nacional da Criança ou Adolescente Desaparecido (CNCAD)? ☐ Não ☐ Sim6.3 A criança/adolescente está incluído no Cadastro Nacional de Adoção (CNA)? ☐ Não ☐ Sima. Se *Sim*, qual o estágio para adoção: ☐ Aguardando pretendente ☐ Em estágio de convivência ☐ Aguardando sentença judicial para adoção6.4. Adolescente cumprindo medida socioeducativa? ☐ Não ☐ Sim. Se *Sim*, preencher o formulário constante do **ANEXO VII**.6.5. Criança/adolescente com histórico de situação de rua? ☐ Sim ☐ Não6.6. A criança/adolescente foi acolhida anteriormente? ☐ Não ☐ Sim ☐ Sem informação

a. Em caso positivo, informar os seguintes dados do serviço de acolhimento:

I. Nome	II. Endereço	III. Data de Entrada	IV. Data de Saída	V. Motivo do Acolhimento	VI. Motivo do Desligamento	VII. Nome e parentesco da pessoa que assumiu os cuidados/guarda após o desligamento
1						
2						
3						
4						
5						
6						
.						
.						

7. INFORMAÇÕES SOBRE IRMÃOS7.1 A criança/adolescente possui irmão(s) que reside(m) com a família natural, família extensa ou pessoa sem parentesco? ☐ Não ☐ Sima. Em caso positivo, informe os dados das pessoas com quem o(s) irmão(s) reside(m) – *para o campo parentesco utilizar os códigos do item 4:*

I. Nome	II. Sexo	III. Idade	IV. Nome do Parente	V. Parentesco	VI. Endereço	VII. Telefone
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						



PLANO DE AÇÃO					
Área de Atuação: ACESSO A DOCUMENTAÇÃO PESSOAL					
Códigos: e. Monitoramento: 1.Sim 2.Não Observação: caso haja necessidade de redefinição dos prazos, inserir novamente a informação no quadro para manter o histórico das					
a. Objetivo	b. Ação	c. Responsável(is) s	d. Prazo	e. Monitoramento	f. Observações
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
Área de Atuação: SITUAÇÃO JURÍDICA					
Códigos: e. Monitoramento: 1.Sim 2.Não Observação: caso haja necessidade de redefinição dos prazos, inserir novamente a informação no quadro para manter o histórico das					
a. Objetivo	b. Ação	c. Responsável(is) s	d. Prazo	e. Monitoramento	f. Observações
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	

Área de Atuação: SAÚDE					
Códigos: e. Monitoramento: 1.Sim 2.Não Observação: caso haja necessidade de redefinição dos prazos, inserir novamente a informação no quadro para manter o histórico das					
a. Objetivo	b. Ação	c. Responsável(is) s	d. Prazo	e. Monitoramento	f. Observações
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
Área de Atuação: EDUCAÇÃO					
Códigos: e. Monitoramento: 1.Sim 2.Não Observação: caso haja necessidade de redefinição dos prazos, inserir novamente a informação no quadro para manter o histórico das					
a. Objetivo	b. Ação	c. Responsável(is) s	d. Prazo	e. Monitoramento	f. Observações
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	

Área de Atuação: XXXXXXXXXXXXXXXX					
Códigos: e. Monitoramento: 1.Sim 2.Não Observação: caso haja necessidade de redefinição dos prazos, inserir novamente a informação no quadro para manter o histórico das					
a. Objetivo	b. Ação	c. Responsável(is) s	d. Prazo	e. Monitoramento	f. Observações
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	

Área de Atuação: XXXXXXXXXXXXXXXX					
Códigos: e. Monitoramento: 1.Sim 2.Não Observação: caso haja necessidade de redefinição dos prazos, inserir novamente a informação no quadro para manter o histórico das					
a. Objetivo	b. Ação	c. Responsável(is) s	d. Prazo	e. Monitoramento	f. Observações
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	
			Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ação realizada <input type="checkbox"/> Objetivos alcançados <input type="checkbox"/> Pode ser finalizada <input type="checkbox"/> Redefinir prazo	

ANEXO VII
IN SAS nº 01/2019
PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO – MSE

 PREFEITURA DE CONDE <small>A CIDADE UNIDA</small>	Secretaria Municipal de Trabalho e Ação Social CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL	 MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS	
PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO - MSE		Data de Aplicação da MSE: ____/____/____	
		Início de Cumprimento: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Liberdade Assistida-LA		<input type="checkbox"/> Prestação de Serviços à Comunidade	
1. IDENTIFICAÇÃO DO ADOLESCENTE			
1.1 Nome Social: _____ 1.2 <input type="checkbox"/> Sem registro em cartório			
1.3 Como prefere ser chamado (a): _____			
1.4 Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino 1.5 Cor/Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena			
1.6 Data de Nascimento: ____/____/____ 1.7 Idade: ____ anos ____ meses 1.8 <input type="checkbox"/> Idade presumida			
1.9 Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira: _____ 1.10 Naturalidade: _____			
1.11 Endereço da última residência (Rua, Av.) _____			
1.12 Município: _____ 1.13 Bairro: _____ 1.14 UF: _____			
1.15 CEP: __ _ _ _ _ _ _ _ _ - __ _ _ _ _ 1.16 Telefones: _____/_____			
1.17 Responsáveis: _____			
2. DOCUMENTAÇÃO			
Documento	Nº do Documento	Não Possui	Orientações e encaminhamentos
Carteira de Identidade (RG)			
CPF - Cadastro de Pessoa Física			
Certidão de Nascimento			
Título de Eleitor			
Alistamento Militar			
Carteira Profissional / PIS			
Carteira de Vacinação (SUS)			
3. SOBRE O ATO INFRACIONAL			
2.1 Número do Processo: _____			
2.2 Ato Infracional: _____			
3.3 Medida aplicada: _____			
3.4 Outros Processos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
3.5 Assessoramento Jurídico: <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Defensor Particular			
3.6 O que motivou o adolescente a praticar o ato infracional? _____			
3.7 Qual a reflexão do adolescente frente às consequências do ato infracional? _____			
4. SITUAÇÃO ESCOLAR			
4.1 Grau de Escolaridade: _____			
4.2 Está estudando: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ano que abandonou: _____ Última instituição que frequentou: _____			
4.3 Pretende retornar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
4.4 Encaminhamentos/Escola: _____			
4.5 Meta: _____			
4.6 Atestado de Matrícula: _____ Início de frequência às aulas: ____/____/____			

5. RELAÇÕES FAMILIARES, AFETIVAS E SOCIAIS					
5.1 Constituição familiar atual: <input type="checkbox"/> Nuclear <input type="checkbox"/> Nuclear-ampliada <input type="checkbox"/> Ampliada <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Recompоста <input type="checkbox"/> Mosaico <input type="checkbox"/> Unipessoal <input type="checkbox"/> Homoafetiva					
Nome	Parentesco	Data Nascimento	Profissão/Ocupação	Local de Trabalho	Renda Mensal
<p>*Nuclear: casal e filhos desta relação conjugal</p> <p>*Nuclear-ampliada: pais e filhos + outros familiares (avós, tios, sobrinhos, primos...)</p> <p>*Ampliada: reside com outros familiares que não são seus pais (avós, tios, irmãos casados...)</p> <p>*Monoparental: apenas um genitor = pai ou mãe + filhos (geralmente solteiros, separados/divorciados, viúvos)</p> <p>*Recompоста: um genitor + filhos (de ambos, podendo ser das relações anteriores) + padrasto ou madrasta</p> <p>*Mosaico: indivíduos que residem juntos sem necessariamente terem vínculos parentais (amigos + familiares + companheiros...)</p> <p>*Unipessoal: apenas um indivíduo</p> <p>*Homoafetiva: casal do mesmo sexo, sem filhos</p>					
5.2 Está em situação de orfandade:			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5.3 Há impedimento judicial para contato com a família natural:			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5.4 Tem irmãos que estão em serviço de acolhimento?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5.5 A família recebe algum benefício do governo?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5.6 Quais benefícios recebem? _____					
6. SITUAÇÃO HABITACIONAL					
6.1 Condição de Moradia: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Financiada <input type="checkbox"/> Outra					
6.2 Cômodos: <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Cozinha <input type="checkbox"/> Banheiro <input type="checkbox"/> Quartos: _____ <input type="checkbox"/> Outros					
7. PROFISSIONALIZAÇÃO					
7.1 Está trabalhando:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____			
		Salário: R\$ _____ Horário: _____			
7.2 Registro em Carteira:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
7.3 Experiências anteriores: _____					
7.4 Já participou de cursos profissionalizantes:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais: _____			
		Quando: _____			
7.5 Gostaria de participar:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais: _____			
		Encaminhamentos: _____			
8. LAZER, CULTURA E ESPORTE					
8.1 Participa de alguma atividade cultural:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____			
8.2 Gostaria de participar:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____			
8.3 Participa de atividade desportiva:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____			
8.4 Gostaria de participar:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____			
8.5 O que faz nas horas livres(lazer): _____					

[illegible]

13. PLANO DE AÇÃO

Com base nas informações fornecidas pelas partes, nos objetivos declarados pelo adolescente e na avaliação realizada, seguem as orientações e atividades de integração e apoio à família, com o plano de ações conjuntas.

TEMA: ACESSO A DOCUMENTAÇÃO PESSOAL

OBJETIVO	AÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL/IS	OBSERVAÇÕES
1.	1.1			
	1.2			
2.	2.1			
	2.2			

TEMA: SITUAÇÃO JURÍDICA

OBJETIVO	AÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL/IS	OBSERVAÇÕES
3.	3.1			
	3.2			
4.	4.1			

TEMA: CONVIVÊNCIA FAMILIAR

(Ex: Preservação e fortalecimento dos vínculos com a família de origem / Viabilização de encontros e atividades conjuntas com familiares / Superação de conflitos / Convívio entre irmãos que estejam em situação de acolhimento / Localização de familiares / Promoção da reintegração familiar / Colocação em família substituta, etc)



OBJETIVO	AÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL/IS	OBSERVAÇÕES
5.	5.1			
	5.2			
6.	6.1			
	6.2			

TEMA: CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA

(Ex: Preservação, fortalecimento ou desenvolvimento de vínculos comunitários / Inserção e participação em atividades da comunidade, etc)

OBJETIVO	AÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL/IS	OBSERVAÇÕES
7.	7.1			
	7.2			
	7.3			
8.	8.1			
	8.2			
	8.3			

13. PLANO DE AÇÃO - Continuação...				
TEMA: SAÚDE				
OBJETIVO	AÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL/IS	OBSERVAÇÕES
12.	12.1			
	12.2			
13.	13.1			
	13.2			
14.	14.1			
TEMA: EDUCAÇÃO				
OBJETIVO	AÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL/IS	OBSERVAÇÕES
15.	15.1			
	15.2			
16.	16.1			
	16.2			
17.	17.1			
TEMA: ARTE / ESPORTE / CULTURA / LAZER				
OBJETIVO	AÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL/IS	OBSERVAÇÕES
20.	20.1			
21.	21.1			
TEMA: CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL / INSERÇÃO NO MUNDO DO TRABALHO				
OBJETIVO	AÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL/IS	OBSERVAÇÕES
22.	22.1			
	22.2			
23.	23.1			
TEMA: OUTROS				
OBJETIVO	AÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL/IS	OBSERVAÇÕES
26.	26.1			
*Constará em anexo a este Plano Individual de Atendimento o Resultado da Avaliação Interdisciplinar da equipe do serviço de Medidas Socioeducativas.				

 PREFEITURA DE CONDE A CIDADE UNIDA A CIDADÃO UNIDA	Secretaria Municipal de Trabalho e Ação Social CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL	 MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS
PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO - MSE		Data de Aplicação da MSE: ____/____/_____ Início de Cumprimento: ____/____/_____ <input type="checkbox"/> Liberdade Assistida-LA <input type="checkbox"/> Prestação de Serviços à Comunidade
14. TERMO DE COMPROMISSO / PACTUAÇÃO		
NOME: _____		
14.1 Compromisso do Adolescente		
Eu me comprometo a <input type="checkbox"/> Ter um bom comportamento; <input type="checkbox"/> Tratar com respeito todos os colegas e funcionários, mantendo sempre diálogo e um bom relacionamento com todos; <input type="checkbox"/> Respeitar e manter boa relação com os meus familiares; <input type="checkbox"/> Manter limpo o lugar onde vivo e cuidar da minha higiene pessoal; <input type="checkbox"/> Cuidar dos pertences pessoais e comunitários; <input type="checkbox"/> Estudar, cumprir as minhas tarefas escolares e ser pontual e assíduo na realização de todas as atividades propostas; <input type="checkbox"/> Refletir sobre as minhas atitudes e fazer planos para o meu futuro; e <input type="checkbox"/> _____		
Em ____ de ____ de 20____		
Assinatura do Adolescente		
14.2 Compromisso do(s) Responsável (is)		
Eu me comprometo a <input type="checkbox"/> Visitar e acompanhar o meu filho em seu cumprimento de medida; <input type="checkbox"/> Conversar e dar sempre o meu apoio; <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a prática de boas ações; <input type="checkbox"/> Acompanhar o seu desenvolvimento escolar, profissionalizante, na saúde, e outros; <input type="checkbox"/> Participar dos encontros e atendimentos familiares; <input type="checkbox"/> Providenciar de forma breve documentos necessários ao cumprimento eficaz da medida socioeducativa (histórico escolar, declaração escolar, RG, CPF) <input type="checkbox"/> Em caso de cumprimento de mse de semiliberdade, orientá-lo quanto ao cumprimento de horários de saída e retorno dos finais de semana em família; e <input type="checkbox"/> _____		
Em ____ de ____ de 20____		
Assinatura do(s) Responsável (is)		

15. REGISTRO DOS ATENDIMENTOS (Individuais ou em Grupo)

A Equipe Técnica deve assinar e colocar a data após cada registro.



16. REGISTRO DE REUNIÕES E AÇÕES COM A REDE INTERSETORIAL

A Equipe Técnica deve assinar e colocar a data após cada registro.

17. RESULTADO DA AVALIAÇÃO INTERDISCIPLINAR

Conde-PB, de de 20 .

ANEXO VIII
IN SAS nº 01/2019
RELATÓRIO DE BENEFÍCIOS EVENTUAIS

 PREFEITURA DE CONDE <small>A CIDADE UNIDA</small>	Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social RELATÓRIO DE BENEFÍCIOS EVENTUAIS					
DADOS DA FAMÍLIA						
Código Familiar: _____						
Responsável Familiar: _____						
Endereço: _____						
Ponto de referência: _____		Telefone: _____				
Tipo de Residência: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Doadada <input type="checkbox"/> Compartilhada <input type="checkbox"/> Outro						
Renda per capita: _____		Renda Total da Família: _____				
Programas: _____						
COMPONENTES DA FAMÍLIA						
Nome	Data de Nascimento	Sexo	Parentesco	Profissão	Ocupação	Renda
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 60%;">Tipo de Benefício: <input type="radio"/> Auxílio Natalidade <input type="radio"/> Cesta Básica <input type="radio"/> Auxílio por Morte <input type="radio"/> Aluguel Social <input type="radio"/> Enfretamento de situação de Calamidade Pública Valor: R\$ _____ Observações: _____ _____ <i>Declaro, para fins de benefício, que as informações acima especificadas são completas e verdadeiras, estando ciente das penalidades no código penal brasileiro art. 171 e 279.</i> _____ Assinatura do solicitante/beneficiário</div><div style="width: 35%;">Data do Pedido: ____/____/_____ Status do Pedido: <input type="radio"/> Concedido <input type="radio"/> Não Concedido <input type="radio"/> Averiguação <input type="radio"/> Visita Técnica</div></div>						
COMPROVANTE DE RECEBIMENTO						
Data	Benefícios (bens recebidos)				Quantidade	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="width: 30%;">_____ Assinatura do Beneficiário</div><div style="width: 30%;">_____ Assinatura do Técnico</div><div style="width: 30%;">_____ Assinatura da Secretária da SETRAS</div></div>						

CONTROLE DE BENEFÍCIOS EVENTUAIS CONCEDIDOS							
Tipo	Mês	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
	Quant.	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Auxílio Natalidade		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Auxílio por Morte		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Cesta Básica		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Aluguel Social		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Calamidade		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Total/mês							

CONTROLE DE BENEFÍCIOS EVENTUAIS CONCEDIDOS							
Tipo	Mês	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
	Quant.	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Auxílio Natalidade		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Auxílio por Morte		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Cesta Básica		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Aluguel Social		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Calamidade		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Total/mês							

[illegible]

ANEXO IX

IN SAS nº 01/2019

RELATÓRIO COMPLEMENTAR DE REGISTRO MENSAL DE ATENDIMENTOS DO CRAS

PREFEITURA DE CONDE A CIDADE UNIDA		Secretaria Municipal de Trabalho e Ação Social RELATÓRIO COMPLEMENTAR DE REGISTRO MENSAL DE ATENDIMENTOS DO CRAS	
REGISTRO MENSAL DE ATENDIMENTOS		Mês de Referência: _____	Ano: _____
Nome da Unidade (CRAS): _____			
Endereço: _____			
Município: _____ UF: _____			
1.1. Serviços desenvolvidos neste CRAS		Quantitativo de Atendimento	
<input type="checkbox"/> Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)			
<input type="checkbox"/> Serviços Socioeducativos com as famílias			
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças de até 06 anos e suas famílias			
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência (socioeducativo) para crianças e adolescentes de 07 a 14 anos			
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência (socioeducativo) para adolescentes e jovens de 15 a 17 anos			
<input type="checkbox"/> ProJovem Adolescente			
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência (socioeducativo) para jovens de 18 a 29 anos			
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência para idosos			
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência (socioeducativo) para deficientes			
<input type="checkbox"/> Serviços da Proteção Social Básica no domicílio para pessoas idosas e com deficiência			
<input type="checkbox"/> Serviços de capacitação e inclusão produtiva			
<input type="checkbox"/> Serviços de Transferência de Renda/PBF - Cadastro único			
1.2. Ações e atividades realizadas no território de abrangência deste CRAS		Quantitativo de Atendimento	
<input type="checkbox"/> Recepção e acolhida			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento de famílias			
<input type="checkbox"/> Encaminhamento para inserção de famílias no Cadastro Único			
<input type="checkbox"/> Orientação/acompanhamento para inserção no BPC			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento de famílias do PBF			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento de famílias do BPC			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento do Projeto Social da Família			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento de indivíduos			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento dos encaminhamentos realizados			
<input type="checkbox"/> Visitas domiciliares (ver item 2)			
<input type="checkbox"/> Concessão de Benefícios Eventuais			
<input type="checkbox"/> Ações de capacitação e de inserção produtiva			
<input type="checkbox"/> Busca Ativa			
<input type="checkbox"/> Atividades de inclusão Digital			
<input type="checkbox"/> Vigilância Social - através do conhecimento das famílias referenciadas			
<input type="checkbox"/> Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial			
<input type="checkbox"/> Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas			
1.3. Quantas famílias estão referenciadas, cadastradas e atendidas neste CRAS? _____			
1.4. Quais ações e atividades possuem maior incidência no território de abrangência deste CRAS?			
Resp: _____			
1.5. Atividades coletivas		Quantitativo de Atendimento	
<input type="checkbox"/> Reuniões			
<input type="checkbox"/> Palestras			
<input type="checkbox"/> Grupo/Oficina de Convivência e atividades socioeducativas por ciclo de vida ou intergeracional			
<input type="checkbox"/> Grupo/Oficina de Convivência e atividades socioeducativas com famílias			
<input type="checkbox"/> Campanhas socioeducativas			

1.6. Este CRAS consegue atender toda a demanda dos bairros que compõe o território de vulnerabilidade?

☐ Sim ☐ Não Se *não*, qual o motivo? _____.

1.7. A equipe do CRAS está completa, conforme NOB/RH/SUAS?

☐ Sim ☐ Não Se *não*, qual o motivo? _____.

1.8. O CRAS atende a demanda dos serviços da Proteção Social Especial?

☐ Sim ☐ Não Se *sim*, quantificar: _____.

1.9. Este CRAS realiza articulação com a Rede Socioassistencial do território? Que Ações?

☐ Educação ☐ Saúde ☐ Cultura ☐ Trabalho ☐ Sociedade Civil ☐ Sistemas de garantias de direitos
☐ Outros

1.9.1 Relatar como acontece esta articulação:

1.10. A equipe já realizou o Diagnóstico de Vulnerabilidade Social do território de abrangência do CRAS?

☐ Sim ☐ Não Relacionar:

Vulnerabilidades

Potencialidades

1.10.1 Tipos de Encaminhamentos realizados:

2. Motivos que desencadearam as visitas domiciliares:

Providências a serem tomadas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Parecer Técnico:

Secretária da SETRAS

Coordenador do CRAS

ANEXO X

IN SAS nº 01/2019

RELATÓRIO COMPLEMENTAR DE REGISTRO MENSAL DE ATENDIMENTOS DO CREAS

REGISTRO MENSAL DE ATENDIMENTO		Mês de Referência: _____	Ano: _____
Nome da Unidade (CREAS): _____			
Endereço: _____			
Município: _____ UF: _____			
1.1. Serviços desenvolvidos neste CREAS		Quantitativo de Atendimento	
<input type="checkbox"/> Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e ao Indivíduo (PAEFI)			
<input type="checkbox"/> Serviços Socioeducativos com as famílias			
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças de até 06 anos e suas famílias			
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência (socioeducativo) para crianças e adolescentes de 07 a 14 anos			
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência (socioeducativo) para adolescentes e jovens de 15 a 17 anos			
<input type="checkbox"/> ProJovem Adolescente			
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência (socioeducativo) para jovens de 18 a 29 anos			
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência para idosos			
<input type="checkbox"/> Serviço de Convivência (socioeducativo) para deficientes			
<input type="checkbox"/> Serviços da Proteção Social Básica no domicílio para pessoas idosas e com deficiência			
<input type="checkbox"/> Serviços de capacitação e inclusão produtiva			
<input type="checkbox"/> Serviços de Transferência de Renda/PBF - Cadastro único			
1.2. Ações e atividades realizadas no território de abrangência deste CREAS		Quantitativo de Atendimento	
<input type="checkbox"/> Recepção e acolhida			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento de famílias			
<input type="checkbox"/> Encaminhamento para inserção de famílias no Cadastro Único			
<input type="checkbox"/> Orientação/acompanhamento para inserção no BPC			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento de famílias do PBF			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento de famílias do BPC			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento do Projeto Social da Família			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento de indivíduos			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento dos encaminhamentos realizados			
<input type="checkbox"/> Visitas domiciliares (ver item 2)			
<input type="checkbox"/> Busca Ativa			
<input type="checkbox"/> Atividades de inclusão Digital			
<input type="checkbox"/> Vigilância Social - através do conhecimento das famílias referenciadas			
<input type="checkbox"/> Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial			
<input type="checkbox"/> Encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas			
<input type="checkbox"/> Outros: _____			

1.3. Informar a quantidades de crianças, adolescentes e familiares cadastradas e atendidas:

Tipo de Violência/violação	Masculino			Feminino			Total
	0 a 6	7 a 12	13 a 17	0 a 6	7 a 12	13 a 17	
Violência física							
Violência psicológica							
Abuso sexual							
Exploração sexual							
Negligência							
Total							

1.4. Este CREAS atende usuários de outros municípios? ☐ Sim ☐ Não

1.5. Este CREAS realiza a articulação com a Rede Socioassistencial? Que ações?
☐ Educação ☐ Saúde ☐ Cultura ☐ Trabalho ☐ Sociedade Civil
☐ Sistemas de Garantias de Direitos ☐ Outros

1.6. Este CREAS consegue atender toda a demanda dos bairros que compõe o território de vulnerabilidade? ☐ Sim ☐ Não Se *não*, por que? _____

1.7. A equipe da unidade está completa, conforme NOB/RHA/SUAS?
☐ Sim ☐ Não Se *não*, qual o motivo? _____

1.8. A equipe técnica do CREAS realiza atendimentos e/ou acompanha as pessoas das famílias com deficiência? ☐ Sim ☐ Não

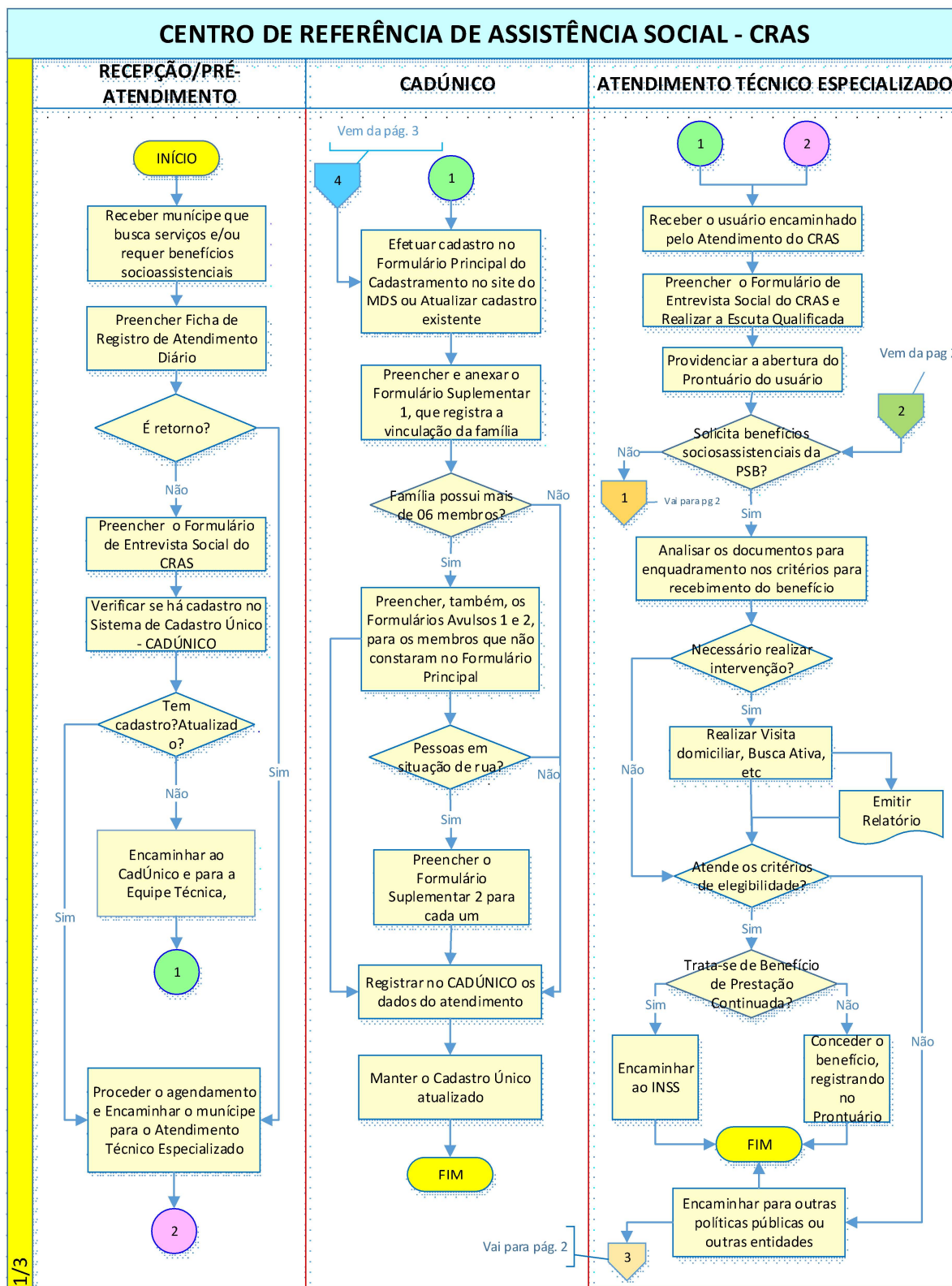
1.9. Há dificuldade de participação das famílias nos serviços ofertados? ☐ Sim ☐ Não

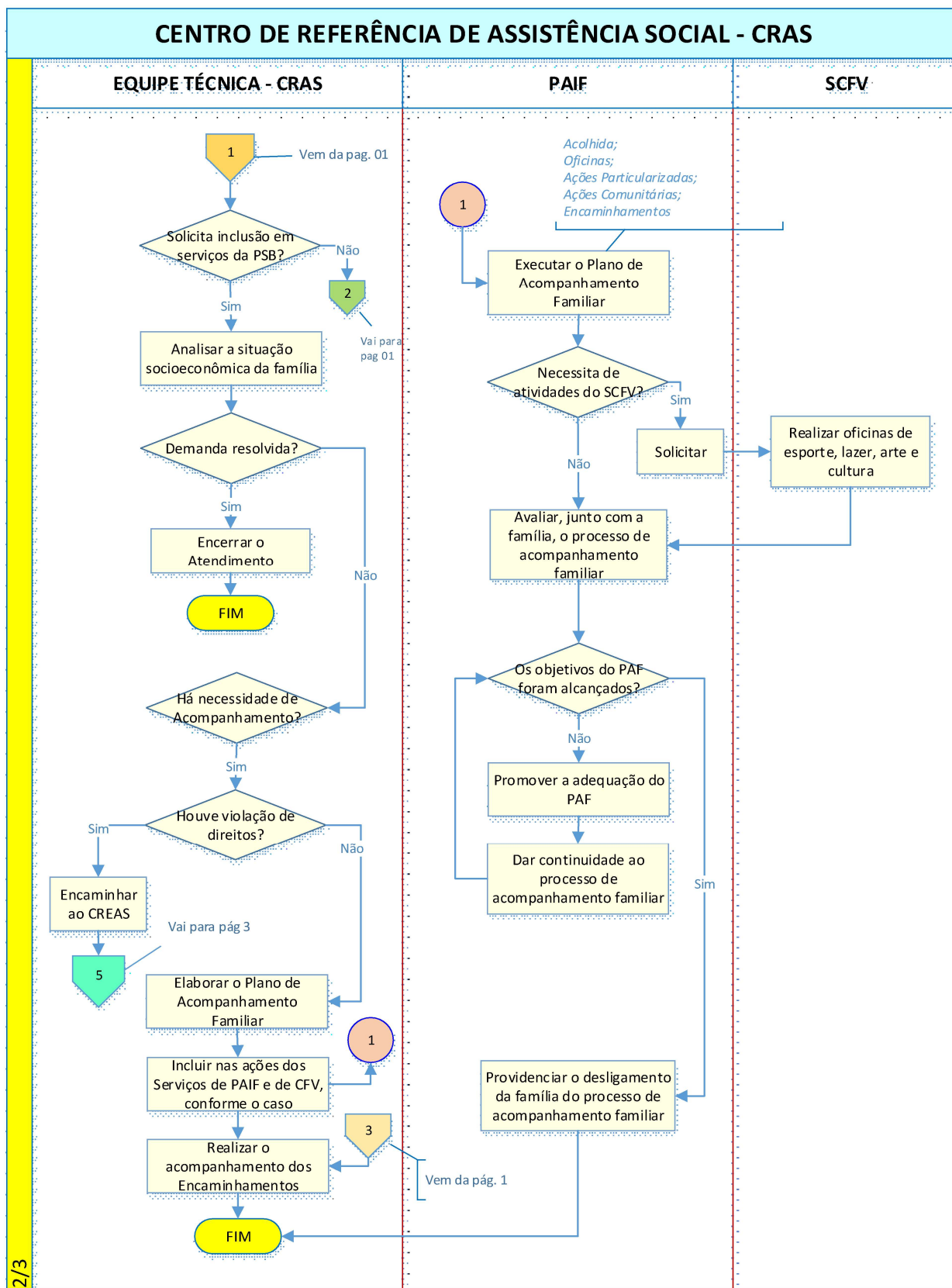
1.10. De que forma os Conselhos Tutelares da Criança e do Adolescente vêm acompanhando as ações do CREAS? _____

Providências a serem tomadas	Parecer Técnico
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

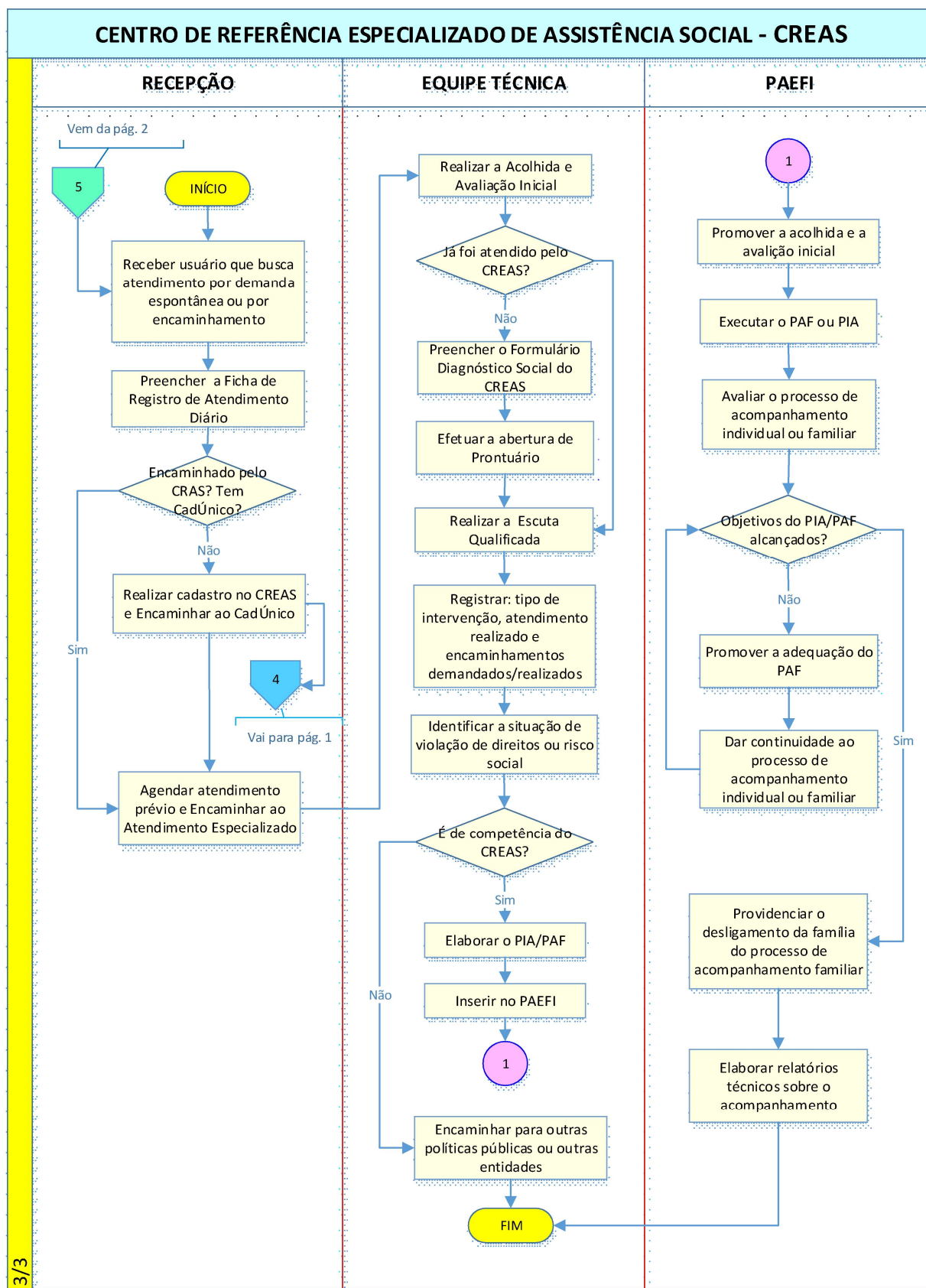
Secretária da SETRAS *Coordenador do CREAS*

ANEXO XI
IN SAS nº 01/2019
FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO NO CRAS E NO CREAS

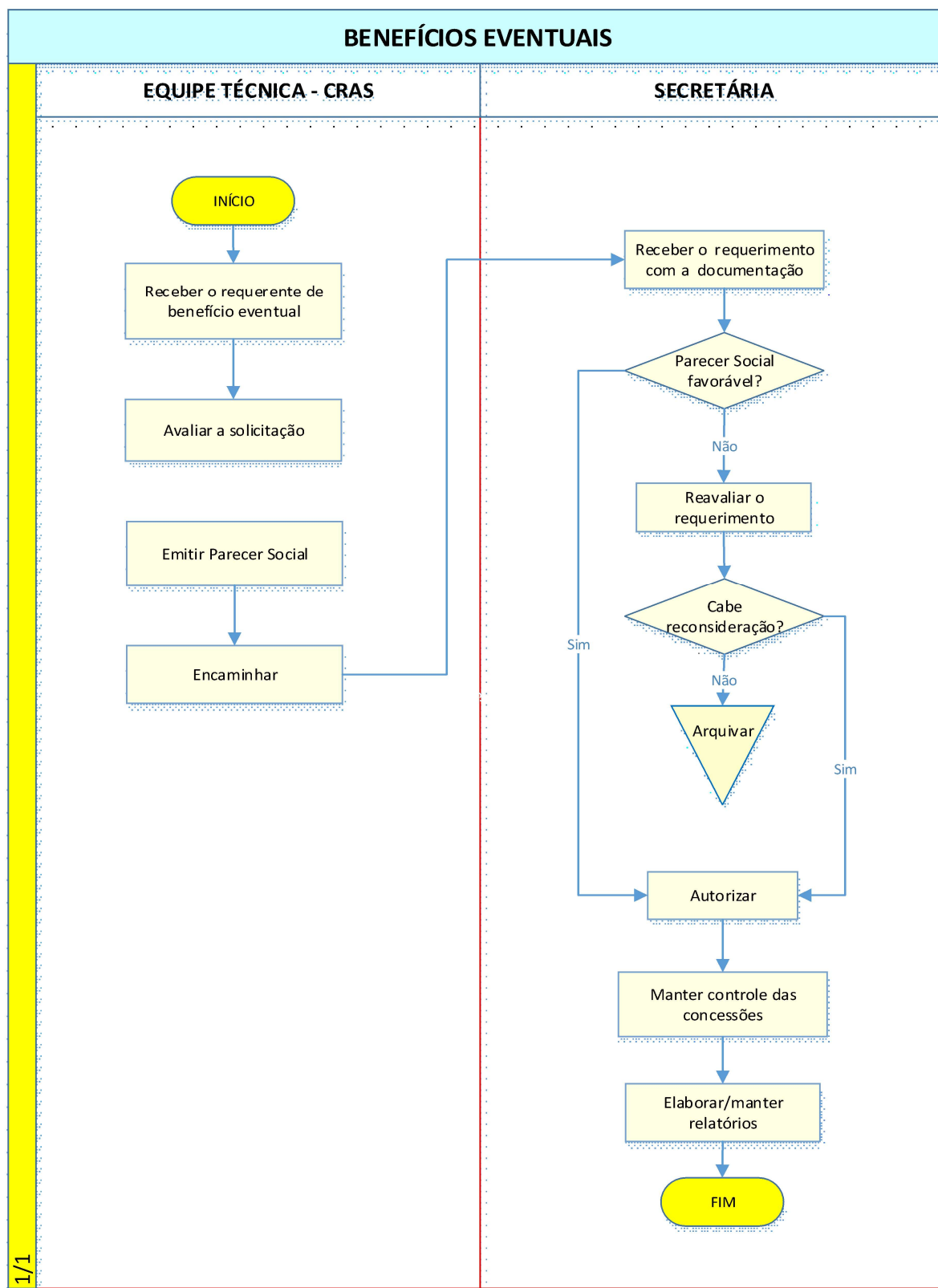


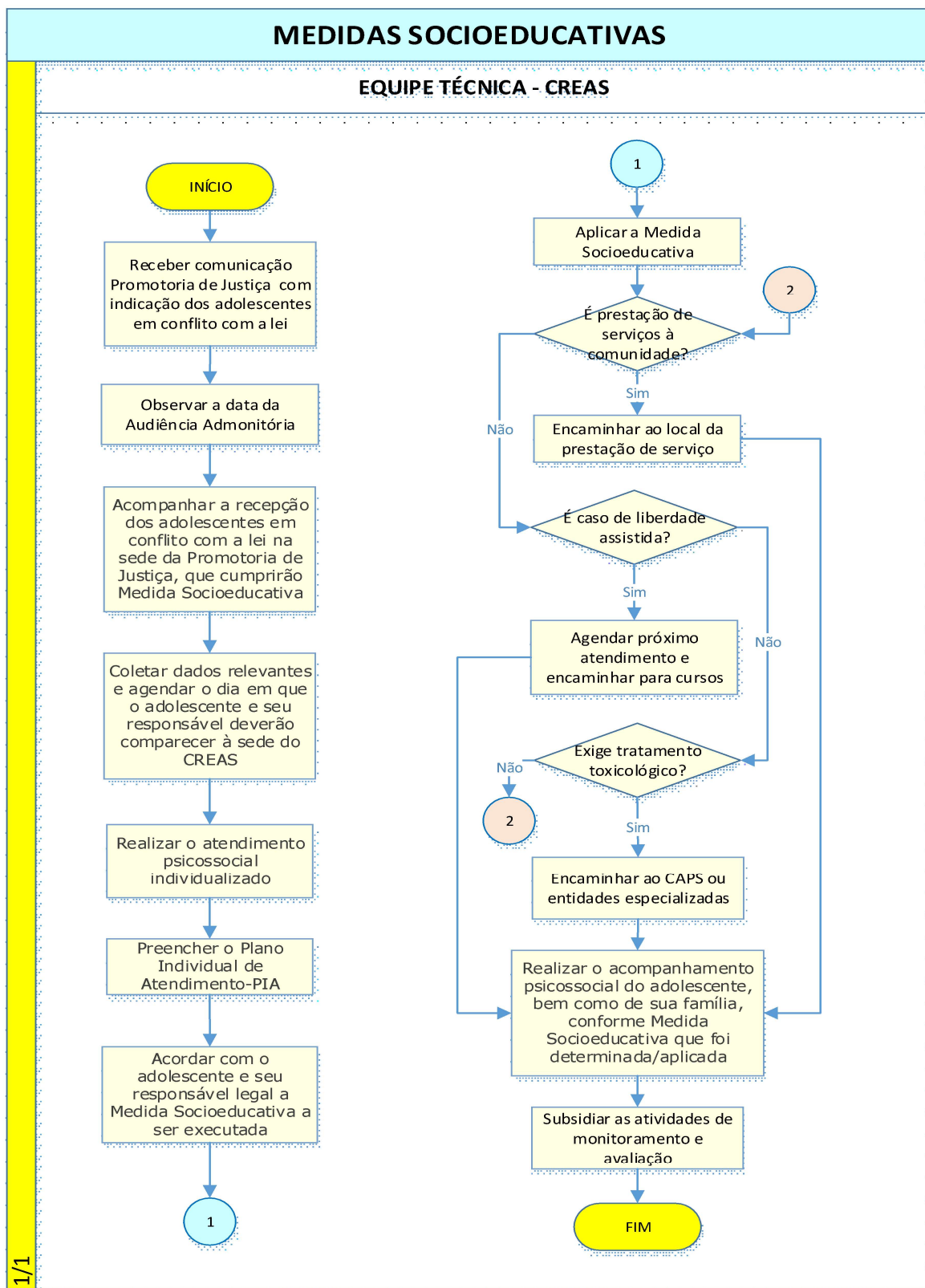


ANEXO XI - Continuação



ANEXO XII
IN SAS nº 01/2019
FLUXOGRAMA – BENEFÍCIOS EVENTUAIS



ANEXO XIII
IN SAS nº 01/2019**FLUXOGRAMA – MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS**

ANEXO XIV
IN SAS nº 001/2019
FLUXOGRAMA – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

