



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

DECRETO Nº 1.401, DE 30 DE SETEMBRO DE 2015.

*Aprova a Instrução Normativa SBES nº 001/2015.*

**O PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 66, inciso V e 74, I, “g” da Lei Orgânica do Município de São Domingos do Norte e, de acordo com a Lei Municipal nº 691 de 29 de março de 2012, que dispõe sobre o Sistema de Controle Interno do Município de São Domingos do Norte-ES, no âmbito da Prefeitura Municipal de São Domingos do Norte, abrangendo as administrações Direta e Indireta,

### **DECRETA:**

Art. 1º Fica avocada a competência a que alude o art. 66-J da Lei nº 71, de 30 de junho de 1995, para aprovar a **Instrução Normativa SBES nº 001/2015**, Dispõe sobre orientações e procedimentos Para concessão de benefícios, prestação deserviços, cadastramento e atendimento de usuários do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, do Município de São Domingos do Norte, fazendo parte integrante deste Decreto.

Art. 2º Cabe à Seccional de controle interno pertencente a Secretaria Municipal de Administração e Finanças, a responsabilidade pelo cumprimento da presente Instrução Normativa.

Art. 3º Caberá a Secretaria Municipal de Controle Interno e Transparência, a modificação da presente Instrução Normativa quando se fizer necessário, por meio de ato próprio, sendo portanto a presente avocação de competência vigente apenas para aprovação inicial.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de São Domingos do Norte - E.S., 30 de Setembro de 2015.

**JOSE GERALDO GUIDONI**

Prefeito Municipal



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP  
29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

### **INSTRUÇÃO NORMATIVA SISTEMA DO “BEM ESTAR SOCIAL” - SBES Nº. 01/2015**

*“Dispõe sobre orientações e procedimentos  
Para concessão de benefícios, prestação de  
serviços, cadastramento e atendimento de  
usuários do Sistema Único de Assistência  
Social – SUAS”.*

INSTRUÇÃO NORMATIVA SECONT- SBES Nº 001/2015

DATA:29 de Setembro de 2015

VERSÃO: 1.0 de 29 de Setembro de 2015.

APROVAÇÃO EM: 30 de Setembro de 2015

ATO DE APROVAÇÃO: DECRETO Nº 1.401 de 30 de Setembro de 2015

### **CAPÍTULO I DA FINALIDADE**

**Art. 1º.** A presente Instrução Normativa tem por finalidade orientar e disciplinar os procedimentos das ações da Política de Assistência Social no âmbito municipal, visando à garantia dos mínimos sociais, objetivando a padronização na execução do cadastramento e atendimento ao usuário por meio da Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social e suas unidades.

### **CAPÍTULO II DA ABRANGÊNCIA**

**Art. 2º.** A presente Instrução Normativa abrange a Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social - SEMTADES, a Secretaria Municipal de Saúde - SESA, a Secretaria Municipal de Educação e Cultura - SEMEC, a Secretaria Municipal de Administração e Finanças - SEMAF, Almoxarifado, o Conselho Tutelar, o Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS, bem como todos os demais serviços da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial.

### **CAPÍTULO III DOS CONCEITOS**

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

**I – Assistência Social** - A Assistência Social encontra suporte legal na Carta Magna de 1988, em seu art. 203: “a Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social”. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) regulamentou o art. 203 da Constituição Federal - CF, e definiu em seu art. 1º, como: “a Assistência Social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prove os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

necessidades básicas”.

**II - Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS:** Lei nº. 8.742 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social no âmbito Federal;

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

**IV- Sistema Único de Assistência Social - SUAS:** Sistema público que organiza de forma descentralizada, os serviços socioassistenciais no Brasil, com um modelo de gestão participativa;

**V – Benefícios Eventuais -** São benefícios da Política Nacional de Assistência Social - PNAS de caráter suplementar e provisório, prestado aos cidadãos e as famílias em virtude de morte, calamidade pública e situação de vulnerabilidade social temporária. Os benefícios eventuais são assegurados pelo art. 22 da Lei Federal nº 8.742/1993, alterada pela Lei 12.435, art. 23 da nº 9.966/2012 da Lei Estadual, Resolução 212/2006 do CNAS, Lei Municipal nº. 547/2009 alterada pela Lei nº. 702/2012, garantindo os serviços socioassistencial fundamentado nos princípios de cidadania e dos direitos sociais humanos.

**VI – Conselho Municipal Assistência Social - CMAS –** Instituído pela Lei Municipal nº 99/1996 e alterada pela Lei Municipal nº 589/2009, instancia de controle social deliberativa do sistema descentralizado e participativo da Política de Assistência Social, de caráter permanente e de composição paritária entre o governo municipal e sociedade civil, vinculado à estrutura da Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social, a SEMTADES reger-se-á por seu Regimento Interno, por suas Resoluções e pelas Leis pertinentes.

**VII – Benefício de Prestação Continuada - BPC:** Benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar per capita deve ser inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente.

**VIII – Busca ativa:** é uma estratégia para levar o estado ao cidadão, sem esperar que as pessoas sem situação de vulnerabilidade social cheguem até o poder público. É uma forma de alcançar aqueles que não acessam os serviços públicos e vivem fora de qualquer rede de proteção social, levando conhecimento às famílias sobre os programas sociais municipais, estaduais e federais.

**IX - Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - Cadastro Único ou CADÚNICO:** Instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda, obrigatoriamente utilizado para a seleção de beneficiários e integração de programas sociais do Governo Federal voltados ao atendimento desse público;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

**X - Centro de Referência da Assistência Social - CRAS:** Unidade pública estatal descentralizada da Política Nacional de Assistência Social - PNAS; atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social responsável pela organização e oferta de serviços a proteção social básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social.

**XI - Economia Popular Solidária:** Estratégia de desenvolvimento sustentável e solidário fundamentada na organização coletiva de trabalhadores e trabalhadoras com interesse de melhorar a qualidade devida por meio do trabalho associado, cooperativado ou mesmo em grupos informais;

**XII - Famílias de Baixa Renda:** Unidade nuclear composta por um ou mais indivíduos eventualmente ampliada por outros indivíduos que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todos moradores em um mesmo domicílio, cuja renda familiar mensal per capita variável entre  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo é até 03 (três) salários mínimos de acordo com o benefício a ser concedido.

**XIII – Programa Bolsa Família - PBF:** Integra o Plano Brasil Sem Miséria e foi criado para beneficiar famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza e está baseada na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos.

**XIV - Do Programa Incluir:** Instituído pela Lei nº. 9.752/2011 o Bolsa Capixaba é uma ação dentro do Programa Estadual de Combate à Pobreza (Programa Incluir), criada para contribuir na erradicação da extrema pobreza no estado, através da transferência direta de renda vinculada ao Programa Bolsa Família.

**XV - Inclusão Produtiva –** Articula ações e programas que favorecem a inserção no mercado de trabalho seja por meio de emprego formal, do empreendedorismo da economia solidária ou de fortalecimento de atividades realizadas por famílias incluídas em programas sociais.

**XVI - Programa de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho- ACESSUAS/TRABALHO:** Referem-se ações de articulação, mobilização e encaminhamento de pessoas em situação de vulnerabilidade e ou risco social para garantia do direito de cidadania a inclusão no mundo do trabalho, por meio, do acesso a cursos de formação e qualificação profissional, ações de inclusão produtiva e serviços de intermediação de mão de obra.

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

**XVIII – Proteção Social Básica - PSB:** Nível de proteção, estabelecida pela política nacional de assistência social, que objetiva a prevenção de situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades, aquisições de fortalecimento com vínculos familiares e



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

comunitários. Destina-se à população que vive em situação de fragilidade decorrente da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos ou fragilização de vínculos afetivos (discriminações étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras);

**XIX - Proteção Social Especial – PSE:** Destina-se a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, cujos direitos tenham sido violados ou ameaçados. Para integrar as ações da Proteção Especial, é necessário que o cidadão esteja enfrentando situações de violações de direitos por ocorrência de violência física ou psicológica, abuso ou exploração sexual; abandono, rompimento ou fragilização de vínculos ou afastamento do convívio familiar.

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

**XXI - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF:** Trabalho de caráter continuado que visou fortalecimento da função de proteção das famílias, prevenindo a ruptura de laços, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Dentre seus objetivos, destacam-se o fortalecimento da função protetiva da família; a prevenção da ruptura dos vínculos familiares e comunitários; a promoção de ganhos sociais e materiais às famílias; a promoção do acesso a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais; e o apoio a famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares. É o principal serviço desenvolvido no CRAS e acontece atualmente em articulação com o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, possibilitando a operacionalização e organização do atendimento e/ou acompanhamento das famílias dos usuários inseridos nesses serviços. Dessa forma a execução do SCFV viabiliza identificação de elementos que subsidia em desenvolvimento realizado com as famílias no âmbito do PAIF;

**XXII - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN:** Reúne diversos setores de governo e da sociedade civil com o propósito de formular, articular e implementar políticas, planos, programas e ações de segurança alimentar e nutricional, com vista a assegurar o direito humano à alimentação adequada, monitorando e avaliando as mudanças na área de alimentação e nutrição, verificando o impacto dos programas e ações de segurança alimentar e nutricional sobre a população a qual se destina tal política;

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

**XXIV – Serviço de Acolhimento Institucional – CASA LAR:** Acolhimento provisório e excepcional para crianças e adolescentes de ambos os sexos, inclusive crianças e adolescentes



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

com deficiência, sob medida de proteção (Art. 98 do estatuto da criança e do adolescente) e em situação de risco pessoal e social, cujas famílias ou responsáveis encontra- se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção.

**XXV – Programa de Aquisição de Alimento – PAA:** Instrumento de política pública instituído pelo artigo 19 da Lei nº. 10.696, de 02 de julho de 2003, e regulamentado pelo decreto nº. 4.772, de 02 de julho de 2003, o qual foi alterado pelo decreto nº. 5.873, de 15 de agosto de 2006. Tem como objetivo garantir o acesso aos alimentos em quantidade, qualidade e regularidade necessárias as populações em situação de insegurança alimentar e nutricional e promover a inclusão social no campo por meio do fortalecimento da agricultura familiar.

### **CAPÍTULO IV DA BASE LEGAL**

**Art. 4º.** A presente Instrução Normativa tem como base legal os dispositivos contidos na Constituição Federal; Lei do SUAS nº.12.435/11; Resoluções nº.18 e 33 do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS; Portaria da Gestão do Cadastro Único nº. 177/2011; Lei nº. 10.836/2004 - Programa Bolsa Família; Lei nº. 9.752 de 16 de Dezembro de 2011 – Programa Incluir; Lei nº. 12.513/2011 - PRONATEC; Resolução nº. 109/2009 do CNAS - Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais; Lei nº. 8.742/93 – LOAS, alterada pela Lei 12.435; Lei Municipal nº. 99 de 15 de outubro de 1996, alterada pela Lei Municipal nº. 589 de 12 de novembro de 2009, Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, Resolução Municipal do CMAS nº. 008/2013 - Benefícios Eventuais, Art. 19 da Lei nº. 10.696, de 02 de julho de 2003, e regulamentado pelo Decreto nº. 4.772, de 02 de julho de 2003, o qual foi alterado pelo Decreto nº. 5.873, de 15 de agosto de 2006 – Programas de Aquisição de Alimento – PAA, Resolução nº. 109 de 11 de novembro de 2009; Política Nacional da Assistência Social - PNAS.

### **CAPÍTULO V DAS RESPONSABILIDADES**

**Art. 5º.** Da Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social SEMTADES:

- I -** Orientar os serviços da Proteção Social Básica – PSB, e quanto à execução desta Instrução Normativa, supervisionando sua aplicação;
- II -** Promover a divulgação e implementação desta Instrução Normativa;
- III -** Disponibilizar os meios materiais para a execução dos serviços, a representante da SECONT do Sistema “Bem Estar Social” a fim de que a mesma cumpra as determinações previstas nesta Instrução Normativa;
- IV -** Realizar a atualização da presente Instrução Normativa, conforme mudanças que ocorrerem sobre a legislação que a subsidia;
- V -** Apoiar e subsidiar tecnicamente o Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

**VI -** Receber e disseminar as orientações prestadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS.

**VII -** Incentivar a formação e ampliação de corpos técnicos especializados e capacitados, permitindo acesso ao conhecimento de modo a potencializar sua capacidade de intervenção e acesso aos recursos disponibilizados pelos programas da Política Nacional de Assistência Social - PNAS;

**VIII -** Realizar a capacitação continuada dos profissionais do SUAS.

**Art. 6º.** Da SESA e SEMEC:

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

**Art. 7º.** Da representante da SECONT do Sistema “Bem Estar Social”.

**I -** Alertar o Secretário Municipal do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social SEMTADES sobre alterações que se fizerem necessárias nas rotinas de trabalho;

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

**III -** Cumprir fielmente as determinações contidas nesta Instrução Normativa;

**IV -** Solicitar ao Secretário Municipal do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social - SEMTADES, os meios materiais para a representante da SECONT do Sistema “Bem Estar Social”, a fim de que essa possa cumprir as determinações previstas nesta Instrução Normativa;

**V -** Articular as ações junto à Política de Assistência Social e às outras políticas públicas visando fortalecimento da rede de serviços socioassistencial, responsabilizando-se pela organização das ações ofertadas pelos serviços;

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

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

**Art. 8º.** Do Almoarifado:

**I -** Dispensar os Benefícios Eventuais mediante encaminhamento do assistente social.

**Art. 9º.** Do Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS:

**I -** Formular estratégias de controle da execução da Política Nacional de Assistência Social – PNAS no âmbito municipal.



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

**II** - Deliberar, aprovar e fiscalizar a Políticas de Assistência Social no âmbito municipal.

**Art. 10.** Do Conselho Tutelar:

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

**II** - Encaminhar ou receber usuários de outras redes de serviços, atuando em rede.

**III** - Acompanhar o andamento processual da criança e do adolescente infrator junto às autoridades judiciárias competentes;

**IV** - Promover palestras nas escolas, as associações de bairros, entidades de classe filantrópicas, orientando o direito e dever da criança e do adolescente;

**V** - Entre outras;

### **CAPÍTULO VI DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS**

#### **SEÇÃO I DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO**

**Art. 11.** O CRAS é unidade pública estatal descentralizada da Política de Assistência Social, 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 e DF. Dada a sua capilaridade nos territórios, se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de uma grande número de famílias a rede de Proteção Social de Assistência Social.

**Art. 12.** Os espaços mínimos exigidos para a sede do CRAS são:

**I** - Recepção;

**II** - Sala de atendimento;

**III** - Sala de multiuso;

**IV** - Sala de coordenação/administrativa;

**V** - Copa e cozinha;

**VI** - Conjuntos de instalações sanitárias;

**VII** - Almoxarifado.

**Art. 13.** O CRAS funciona 5 (cinco) dias por semana, das 7hs às 16hs, podendo haver alterações conforme a necessidade do local e eventualmente em atividades complementares



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

noturnas, feriados ou fim de semana.

**Art. 14.** O cidadão que desejar ser atendido pelo CRAS deverá consultar junto a Secretaria Municipal do Trabalho Assistência e Desenvolvimento Social - SEMTADES, se o bairro onde reside está compreendido na região de abrangência do CRAS.

**Art. 15.** Na existência o CRAS, o cidadão deverá se dirigir ao mesmo para realizar seu cadastro.

**Parágrafo único.** No decorrer do cadastro, o técnico junto ao usuário, definirá participação nas atividades, bem como a necessidade de acompanhamento familiar e/ ou encaminhamentos.

**Art. 16.** O cidadão será atendido pela equipe técnica do serviço que definirá qual a necessidade de acompanhamento familiar e/ou encaminhamentos aos demais serviços.

**Art. 17.** Qualquer medida ou intercorrência que comprometa o funcionamento ou atendimento aos usuários, deverá ser obrigatoriamente comunicada, mediante ofício à Secretaria Municipal do Trabalho Assistência e Desenvolvimento Social - SEMTADES, que emitirá parecer sobre o ocorrido.

### **SEÇÃO II DOS SERVIÇOS OFERTADOS**

#### **SUBSEÇÃO I PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A FAMÍLIA - PAIF**

**Art. 18.** Poderão ser incluídas no PAIF:

**I -** Famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade e/ou qualquer outra situação de vulnerabilidade e risco social, residentes no território de abrangência do CRAS;

**II -** Famílias beneficiárias de programas de transferência de renda e benefícios assistenciais;

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

**IV -** Famílias com beneficiários do Benefício de Prestação Continuada - BPC;

**V -** Famílias em situação de vulnerabilidade em decorrência de dificuldades vivenciadas por algum de seus membros;

**VI -** Pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social.

**Art. 19.** Das formas de acesso ao PAIF:



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

- I -** Procura espontânea;
- II -** Busca ativa;
- III -** Encaminhamento da rede socioassistencial;
- IV -** Encaminhamento das demais políticas públicas.

**Art. 20.** O PAIF realizará o acompanhamento dos beneficiários da seguinte forma:

- I -** Acolhida, cadastramento familiar com preenchimento do prontuário Sistema Único de Assistência Social– SUAS. **(ANEXO I)**;
- II -** Realização do plano de acompanhamento familiar – com acompanhamento individual ou em grupo;
- III -** Realização de oficinas e realização de grupos;
- IV -** Visita domiciliar;
- V -** Acompanhamento psicossocial;
- VI -** Articulação com a rede e atividades comunitárias;
- VII -** Avaliação e monitoramento.

**Art. 21.** O desligamento dos beneficiários do PAIF se dará através de:

- I -** Avaliação por parte da equipe técnica, juntamente com a família, encerrando o plano de acompanhamento familiar;
- II -** Adequação do plano de acompanhamento familiar, podendo haver encaminhamento a rede de serviços e/ou outras políticas.

### **SUBSEÇÃO II**

#### **SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS - SCFV**

**Art. 22.** Poderão ser incluídos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV as crianças, os adolescentes, os adultos e as pessoas idosas territorialmente referenciadas aos CRAS, em especial:

- I -** Com deficiência, com prioridade para as beneficiárias de BPC;
- II -** Com famílias beneficiárias de programas de transferência de renda;
- III -** Com famílias com precário acesso à renda e a serviços públicos;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

- IV -** Encaminhadas pelos Serviços da Proteção Social Especial - PSE;
- V -** Residentes em territórios com ausência ou precariedade na oferta de serviços;
- VI -** Que necessitem de oportunidades de convívio familiar e comunitário;
- VII -** Que vivenciam situações de fragilização de vínculos;
- VIII -** Crianças e adolescentes fora da escola;
- IX -** Idosos com vivências de isolamento.

**Art. 23.** Das formas de acesso ao SCFV:

- I -** Procura espontânea;
- II -** Busca ativa;
- III -** Encaminhamento pela rede socioassistencial;
- IV -** Encaminhamento pelas demais políticas públicas.

**Art. 24.** A equipe técnica realizará o acompanhamento dos beneficiários da seguinte forma:

- I -** Visita domiciliar;
- II -** Atendimento psicossocial;
- III -** Acompanhamento das atividades coletivas;
- IV -** Acompanhamento dos usuários inseridos nos grupos.

**Art. 25.** O desligamento dos beneficiários do SCFV se dará através:

- I -** De avaliação da equipe técnica, juntamente com a família beneficiária;
- II -** Do encaminhamento a rede de serviços e/ou outras políticas.

## **CAPÍTULO VII DA INCLUSÃO PRODUTIVA**

### **SEÇÃO I PROGRAMA NACIONAL DE ACESSO AO ENSINO TÉCNICO E EMPREGO - PRONATEC - BRASIL SEM MISÉRIA**

**Art. 26.** Poderão ser incluídos no PRONATEC:

- I -** Estudantes do ensino médio da rede pública, inclusive da educação de jovens e adultos;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

**II** - Trabalhadores;

**III** - Beneficiários dos Programas Federais de transferência de renda;

**IV** - Estudantes que tenham cursado o ensino médio completo em escola da rede pública ou em instituições privadas na condição de bolsista integral, nos termos do regulamento.

**Art. 27.** Das formas de acesso ao Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego - PRONATEC:

**I** - Procura espontânea;

**II** - Busca ativa;

**III** - Encaminhamento pela rede socioassistencial;

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

**Art. 28.** Das funções na execução do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego - PRONATEC:

**I** - Promover a divulgação de informações pertinentes ao Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego - PRONATEC, a fim de conquistar novos usuários;

**II** - Encaminhar os usuários para cursos e serviços da rede socioassistencial;

**III** - Realizar a pré-matrícula do usuário no curso desejado.

**Art. 29.** Após procura na Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social - SEMTADES são realizados os procedimentos de:

**I** - Acolhida;

**II** - Pré-matrícula;

**III** - Encaminhamento à instituição que realizará o curso.

**Art. 30.** O desligamento se dará mediante conclusão/evasão do curso.

### **SEÇÃO II PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DO ACESSO AO MUNDO DO TRABALHO – ACESSUAS TRABALHO**

**Art. 31.** Poderão ter acesso todo cidadão em situação de vulnerabilidade e risco social, residente em municípios integrantes do Programa, com idade entre 16 a 59 anos, com prioridade para usuários de serviços, projetos, programas transferência de renda e benefícios sócioassistenciais, em especial para:



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

- I -** Famílias e indivíduos com perfil do Plano Brasil Sem Miséria;
- II -** Pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC;
- III -** Jovens egressos do serviço de convivência para jovens;
- IV -** Pessoas inscritas no CADÚNICO;
- V -** Egressos do sistema socioeducativo;
- VI -** Famílias com presença de situação de trabalho infantil;
- VII -** População em situação de rua;
- VIII -** Famílias com crianças em situação de acolhimento provisório;
- IX -** Adolescentes e jovens egressos do serviço de acolhimento;
- X -** Indivíduos e famílias moradoras em territórios de risco em decorrência do tráfico de drogas;
- XI -** Indivíduos egressos do sistema penal;
- XII -** Beneficiários do PBF;
- XIII -** Pessoas retiradas do trabalho escravo;
- XIV -** Mulheres vítimas de violência.

**Art. 32.** Das formas de acesso ao ACESSUAS/TRABALHO:

- I -** Busca ativa;
- II -** Encaminhamento pela rede socioassistencial;
- III -** Encaminhamento pelas demandas política públicas.

**Art. 33.** O Programa tem como função identificar o público alvo, encaminhá-lo e realizar o acompanhamento dos usuários inseridos no programa nacional de acesso ao ensino técnico e emprego - PRONATEC, economia popular solidária, e demais programas e projetos correlacionados com a inclusão produtiva.

**Art. 34.** O funcionamento do ACESSUAS/TRABALHO se dará através:

**a) Da articulação:**

- I -** Com outras políticas públicas, que visam à melhoria da qualidade de vida e superação das vulnerabilidades sociais;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

**II** - Com as demais políticas implicadas na integração ao mundo do trabalho, desenvolvendo ações intersetoriais;

**III** - Com parcerias de órgãos e entidades governamentais e não governamentais, que ofertam ações de formação e qualificação profissional, inclusão produtiva e intermediação de mão de obra;

**IV** - Com órgãos e entidades governamentais e não governamentais que atuam no apoio da pessoa com deficiência para o acesso à formação e qualificação profissional, inclusão produtiva e intermediação de mão de obra.

**b) Da mobilização, por meio do planejamento de atividades que demandam a identificação prévia do público-alvo, sobretudo por meio de consultas ao CADÚnico, e ênfase na articulação institucional, que consistem em:**

**I** - Identificar o público prioritário do programa ACESSUAS/TRABALHO, por meio de consultas ao CECAD (ferramenta de consulta, seleção e extração de dados do CADÚnico, disponível para todos os Estados, Municípios e DF, no SIGPBF(Sistema de Gestão do PBF) - <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/sistemagestaobolsafamilia>);

**II** - Identificar as pessoas com deficiência que possam participar dos cursos de capacitação profissional no território, por meio de visita domiciliar, principalmente aos beneficiários do BPC, sempre que necessário;

**III** - Participar da elaboração da campanha de mobilização e de divulgação do programa;

**IV** - Organizar palestras, reuniões nos bairros, nas associações de moradores, como público

**V** - Prioritário do ACESSUAS/TRABALHO;

**VI** - Divulgar para a população a lista das unidades ofertante e relação dos cursos oferecidos pelo programa nacional de acesso ao ensino técnico e emprego - PRONATEC;

**VII** - Articular com rede de educação de jovens e adultos que atua com o público prioritário do programa ACESSUAS/TRABALHO para matricular os alunos nas unidades ofertante;

**VIII** - Elaborar e distribuir material de divulgação;

**IX** - Informar e sensibilizar famílias e indivíduos sobre as oportunidades de acesso e de participação em cursos de formação e qualificação profissional, programas e projetos de inclusão produtiva e serviços de intermediação de mão de obra;

**X** - Divulgar o programa;

**XI** - Realizar abordagem voltada à pessoa com deficiência, com vistas a informar sobre aspectos inerentes ao mundo do trabalho.



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

### **c) Do encaminhamento, que consiste em:**

**I** - Identificar famílias com perfil para acesso à renda e encaminhá-las para inclusão no CADÚNICO;

**II** - Encaminhar os usuários para acesso aos cursos de formação e qualificação profissional, bem como, aos programas e projetos de inclusão produtiva e serviços de intermediação de mão de obra, conforme necessidades;

**III** - Viabilizar o acesso a serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais e de transferência de renda, nos caso sem que se fizer necessário, dos usuários participantes dos cursos ofertados.

### **d) Do monitoramento da trajetória, que consiste em:**

**I** - Acompanhar o desempenho dos usuários nos cursos de qualificação profissional, desde o acesso até sua conclusão, provendo apoio socioassistencial aos usuários, nos casos em que se fizer necessário;

**II** - Acompanhar as informações sobre a permanência e a evasão dos usuários;

**III** - Articular com a equipe pedagógica das unidades ofertante dos cursos para os desafios enfrentados pelos usuários e para construção de estratégias coletivas para garantia da permanência dos mesmos;

**IV** - Promover reuniões periódicas entre a equipe do programa e as equipes dos órgãos parceiros (governamentais e não governamentais).

## **SEÇÃO III ECONOMIA POPULAR SOLIDÁRIA**

**Art. 35.** Dos critérios de inclusão:

**I** - Ser uma organização coletiva e democrática, singular ou complexa, cujos participantes ou sócios sejam trabalhadores do meio urbano ou rural;

**II** - Exercer atividades de natureza econômica como razão primordial de sua existência;

**III** - Ser uma organização autogestionária, cujos participantes ou sócios exerçam coletivamente a gestão das atividades econômicas e a decisão sobre a partilha seus resultados, através da administração transparente e democrática, soberania assemblear e singularidade de voto dos sócios, conforme dispuser o seu estatuto ou regimento interno;

**IV** - Realizar pelo menos uma reunião ou assembléia trimestral para deliberação de questões relativas à organização das atividades realizadas pelo empreendimento;

**V** - Ser uma organização permanente, considerando tanto os empreendimentos que estão em funcionamento quanto aqueles que estão em processo de implantação, desde que o grupo esteja constituído e as atividades econômicas definidas.



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

**Art. 36.** Das formas de acesso:

- I -** Busca ativa;
- II -** Encaminhamento pela rede socioassistencial;
- III -** Encaminhamento pelas demais políticas públicas.

**Art. 37.** O programa desenvolve junto aos grupos de economia popular solidária, ações de educação, formação social, qualificação e prestam assistência técnica.

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

**Art. 38.** O CADÚNICO permite conhecer a realidade socioeconômica das famílias cadastradas, trazendo informações de todo o núcleo familiar, das características do domicílio, das formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dados de cada um dos componentes da família (**ANEXO II**).

**Art. 39.** A realização do CADÚNICO se dá através da coleta de dados, a qual poderá ser:

- I -** Por meio de visita domiciliar as famílias;
- II -** Em postos de coleta fixos, dotados de infraestrutura apropriada ao atendimento dessa população;
- III -** Em postos de coleta itinerantes.

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

**Art. 40.** A infraestrutura mínima exigida para funcionamento do CADÚNICO compreende:

- I -** Locais onde funcionem, de forma contínua, postos de atendimento com condições mínimas para o recebimento dessas famílias, tais como:
- II -** Sanitário;
- III -** Acessibilidade para pessoas com deficiência;
- IV -** Atendimento preferencial para idosos e gestantes;
- V -** Água potável.
- VI -** Local para o trabalho dos digitadores, equipado com computadores com acesso à internet e impressoras;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

**VII -** Local para arquivamento dos formulários.

**Art. 41.** O CADÚNICO funcionará 5 (cinco) dias por semana, das 07h às 16h, podendo haver alterações conforme a necessidade do local e eventualmente atividades complementares noturnas, em feriados ou fins de semana.

**Art. 42.** A equipe mínima necessária ao desempenho das atividades para o funcionamento do CADÚNICO deverá ser composta por:

**I -** Entrevistador;

**II -** Supervisor de campo;

**III -** Supervisor do CADÚNICO;

**IV -** Administrador de rede;

**V -** Digitador.

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

**Art. 43.** Poderão ser incluídas no CADÚNICO as famílias brasileiras de baixa renda, através das seguintes formas de acesso:

**I -** Procura espontânea;

**II -** Busca ativa;

**III -** Encaminhamento pela rede socioassistencial;

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

**Art. 44.** São programas sociais que utilizam o CADÚNICO:

**I -** PBF;

**II -** Tarifa social de energia elétrica;

**III -** Programa incluir;

**IV -** Carteira do idoso;

**V -** Isenção de taxa de concurso público;

**VI -** Telefone popular.

**VII -** PRONATEC.



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

**Art. 45.** Os beneficiários poderão ser desligados do CADÚNICO através de:

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

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

**III -** Solicitação da família;

**IV -** Decisão judicial.

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

**VI -** Não localização da família para atualização ou revalidação cadastral, por período igual ou superior a 2 (dois) anos contados da inclusão ou da última atualização cadastral.

### **SESSÃO I DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA - PBF**

**Art. 46.** O Programa Bolsa Família - PBF objetiva a transferência direta de renda a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza e se utilizadas informações registradas no CADÚNICO, cujos benefícios são concedidos às famílias caracterizadas pela renda *per capita* conforme legislação pertinente.

**Art. 47.** A permanência no Programa Bolsa Família - PBF dependerá do cumprimento no que couber de condicionantes relativas ao acompanhamento de saúde, à frequência escolar e à atualização cadastral.

**Art. 48.** O ingresso das famílias no Programa Bolsa Família –PBF ocorrerá na forma estabelecida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, após o registro dos seus integrantes no CADÚNICO.

**Art. 49.** A concessão dos benefícios do Programa Bolsa Família - PBF tem caráter temporário e não gera direito adquirido, devendo a elegibilidade das famílias, para o recebimento de tais benefícios, ser obrigatoriamente revista a cada período de 2 (dois) anos.

### **SUBSEÇÃO II DO PROGRAMA INCLUIR**

**Art. 50.** Poderão receber o Benefício Estadual, as famílias beneficiadas do Programa Bolsa Família, ter crianças de zero a seis anos de idade, e ter renda por pessoa inferior a R\$ 97,00, mesmo após receber o benefício da Bolsa Família. Além disso, a família deve estar como o Cadastro Único atualizado e cumprindo as condicionalidades do Bolsa Família. Os valores de benefícios concedidos são variáveis, de acordo com a renda per capita e quantidade de pessoas na família. O atendimento às famílias beneficiadas do Bolsa Capixaba são realizados pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e pelas equipes responsáveis pelo Cadastro Único e Programa Bolsa Família nos municípios em especial:



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

- I** - Famílias em Situação de Extrema Pobreza ainda não beneficiadas por programa de transferência de renda (recorte de renda do PBF);
- II** - Famílias em Situação de Extrema Pobreza beneficiárias do PBF (recorte de renda do PBF);
- III** - Famílias em situação de pobreza ainda não beneficiadas por programa de transferência de renda (recorte de renda do PBF);
- IV** - Famílias beneficiárias do PBF e de outros benefícios assistenciais;
- V** - Famílias com perfil CADÚNICO ainda não inscritas no Cadastro e encaminhadas para o cadastramento;
- VI** - Famílias com perfil CADÚNICO inscritas no Cadastro, e
- VII** - Famílias em situação de vulnerabilidade, beneficiárias de outros programas, projetos e ações voltadas (refere-se aos programas, projetos e ações) ao enfrentamento da pobreza, desenvolvidos pela Assistência Social e demais políticas setoriais.

**Art. 51.** Das formas de acesso ao programa incluir:

- I** - Procura espontânea;
- II** - Busca ativa;
- III** - Encaminhamento pela rede socioassistencial;
- IV** - Encaminhamento pelas demais políticas públicas.

### **CAPÍTULO IX BENEFÍCIOS EVENTUAIS**

#### **SEÇÃO I DO OBJETIVO E FUNCIONAMENTO**

**Art. 52.** Compete a Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social - SEMTADES garantir a orientação ou acesso aos direitos previstos pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS na forma de Benefícios Eventuais ou Benefícios de Prestação Continuada - BPC, podendo ser através de:

- I** - Passagem;
- II** - Benefício Eventual de Cesta Básica;
- III** - Benefício Eventual de Natalidade;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

**IV - Benefício Eventual Funeral;**

**V - Encaminhamento para BPC.**

**Art. 53.** O Serviço de Benefícios Eventuais consiste numa ação intermediária da Política Nacional de Assistência Social - PNAS e funcionam 05 (cinco) dias na semana, 08 horas diárias, na sede da Secretaria e no Centro de Referência e Assistência Social CRAS.

**Art. 54.** Os Benefícios Eventuais e Benefícios de Prestação Continuada - BPC são concedidos no Centro de Referência e Assistência Social - CRAS, de acordo com Art. 20 da Lei nº. 9.966 de 19 de dezembro de 2012, Resolução 212 de 19 de outubro de 2006 do CNAS, a área de abrangência e para os demais bairros do município que não tem cobertura de CRAS, além da zona rural.

**Parágrafo único.** O Auxílio Funeral e a concessão de passagens são prestados na Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social - SEMTADES devido à urgência.

### **SEÇÃO II DA INSERÇÃO E ACOMPANHAMENTO**

**Art. 55.** Poderão passar pelo atendimento social as famílias e indivíduos e em situação de vulnerabilidade social que atendam aos critérios de renda estabelecidos pelas resoluções do Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS, bem como pela Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS.

**Art. 56.** Para famílias atendidas com Benefício Eventuais que requer acompanhamento:

**I -** O beneficiário é acolhido pela recepção do Centro de Referência e Assistência Social e encaminhado ao setor de atendimento social.

**II -** Todo atendimento realizado é registrado no Sumário Social contendo o número de registro, nome do usuário, bairro de origem, resumo do atendimento e data.

**Art. 57.** Para famílias atendidas com Benefício de Passagem e Auxílio Funeral:

**I -** O beneficiário é acolhido pela recepção da Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social - SEMTADES e encaminhado ao setor de atendimento social.

**II -** Todo atendimento realizado é registrado no Sumário Social contendo o número de registro, nome do usuário, bairro de origem, resumo do atendimento e data.

**Art. 58.** Para concessão dos benefícios são utilizados os seguintes instrumentos:

**I -** Autorização do benefício eventual concedido, encaminhada para o almoxarifado, contendo o tipo de benefício, o número de controle, nome do beneficiário, documento pessoal, endereço, carimbo e assinatura do técnico de referência responsável pelo atendimento, e a data da concessão (**ANEXO III**);



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

**II** - O Sumário Social de Benefícios Eventuais, deverá conter a data do atendimento, nome do requerente, número do documento pessoal, composição familiar do beneficiário (relação de parentesco e idade), endereço, telefone para contato, parecer social, assinatura do responsável familiar, e carimbo e assinatura do técnico de referência responsável pelo atendimento (**ANEXO IV**);

**III** - Relatório social elaborado após os atendimentos no setor de atendimento social e nas visitas domiciliares, com intuito de realizar a descrição de detalhes e observações técnicas da ação a ser desenvolvida ou necessária.

### **SEÇÃO III DOS BENEFÍCIOS EVENTUAIS**

**Art. 59.** Dos critérios para concessão do Benefício Eventuais Cesta Básica:

**I** - Caso de circunstâncias temporárias, emergenciais e de calamidade pública;

**II** - Renda mensal de até 02 (dois) salários mínimos conforme Lei Municipal;

**III** - Residir no município de São Domingos do Norte.

**Art. 60.** Dos critérios de concessão do Benefício Eventual Funeral:

**I** - Renda mensal de até 02 (dois) salários mínimos conforme Lei Municipal;

**II** - Residir no município de São Domingos do Norte.

**Art. 61.** Dos critérios para concessão do Benefício Eventual de Natalidade:

**I** - Beneficiário em situação de risco ou vulnerabilidade social;

**II** - Renda mensal de até 02 (dois) salários mínimos conforme Lei Municipal;

**III** - Residir no município de São Domingos do Norte;

**Parágrafo Único** - Nos casos de gestação de risco ou nascimento prematuro do bebe o benefício poderá ser antecipado, devendo ser apresentado cartão de acompanhamento pré-natal ou declaração de nascido vivo.

**Art. 62.** Dos critérios para concessão do Benefício Eventual de Passagem:

**I** - Concessão através do sumário social;

**II** - Outros;

**Art. 63.** Os documentos necessários para os benefícios eventuais, conforme o caso:



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

- I -** Identificação com foto do beneficiário e do requerente;
- II -** Declaração ou certidão de óbito/nascimento;
- III -** Comprovante de endereço;
- IV -** Comprovante de renda;
- V -** Relatório do CADUNICO;

### **SESSÃO IV DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA**

**Art. 64.** Dos critérios de concessão do Benefício de Prestação Continuada - BPC, estabelecidos pela LOAS:

- I -** Portador de deficiência incapacitado para o trabalho e para a vida independente ou pessoa idosa com mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade;
- II -** Renda *per capita* mensal inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente;

**Art. 65.** Documentos necessários para o requerimento do Benefício de Prestação Continuada - BPC:

- I -** Laudo médico com CID, descrevendo a doença e incapacidade para o trabalho, em caso de pessoa com deficiência (apenas do requerente);
- II -** Certidão de nascimento ou de casamento (do requerente e de todos componentes do grupo familiar);
- III -** Comprovante de endereço;
- IV -** Documentos pessoais (RG, CPF) do requerente e de todos componentes do grupo familiar;
- V -** CTPS dos integrantes do grupo familiar com idade igual ou superior a 15 anos.

### **CAPITULO X SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL – CASA LAR**

**Art. 66.** O atendimento prestado deve ser personalizado e em pequenos grupos e favorecer o convívio familiar e comunitário, bem como a utilização do equipamento e serviço disponível na comunidade local. As regras de gestão e de convivência deverão ser construídas de forma participativa e coletiva a fim de assegurar a autonomia dos usuários, conforme perfis.

**Art. 67.** O equipamento deve funcionar ininterrupto (24 horas) em unidade inserida na comunidade com características residenciais, ambiente acolhedor e estrutura física adequada, visando o desenvolvimento de relação mais próximas do ambiente familiar. As edificações



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

devem ser organizadas de forma a atender aos requisitos previstos nos regulamentos existentes e as necessidades dos usuários, oferecendo condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade.

**Art. 68.** Das formas de acesso a CASA LAR:

- I -** Por determinação do poder judiciário;
- II -** Por requisição do conselho tutelar. Nesse caso, a autoridade competente deverá ser comunicada,
- III -** Conforme previsto no artigo 93 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

**Art. 69.** Do acompanhamento dos inseridos no serviço de acolhimento institucional:

- I -** Estudo psicossocial;
- II -** Acompanhamento dos usuários inseridos nos grupos.
- III -** Visita domiciliares;
- IV -** Formação de grupos interativos;
- V -** Encaminhamentos a programas da comunidade;

**Art. 70.** Do desligamento:

- I -** O desligamento é uma fase muito importante, ressaltando, porém a necessidade e uma preparação gradativa antes da sua ocorrência de avaliação da equipe técnica, juntamente com a família beneficiária;
- II -** Cabe à equipe organizar rotinas que proponham o desligamento da criança.
- III -** Uma vez feito o desligamento, é importante que se faça o acompanhamento do ingresso junto à família.

## **CAPÍTULO XI PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTO – PAA**

**Art. 71.** Compra de alimentos produzidos pela agricultura familiar, com dispensa de licitação. Esses alimentos são distribuídos gratuitamente a pessoas e famílias que precisam de suplementação alimentar (porque estão em situação de insegurança alimentar e nutricional) e também a entidades de assistência social, entre outros.

**Art. 72.** Dos beneficiários do Programa de Aquisição dos Alimentos são:

- I -** Fornecedores – agricultores familiares que vendem /fornecem seus produtos ao programa, individualmente ou por meio de suas organizações, como associações e cooperativas;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP 29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72

**II** - Consumidores - Indivíduos em situação de insegurança alimentar e nutricional;

**III** - Pessoas atendidas pela rede socioassistencial locais e demais cidadãos em situação de risco alimentar, como indígenas, quilombolas, acampados de reforma agrária e atingidos por barragens.

**Art. 73.** Documentos necessários para a inscrição no programa de aquisição de alimentos - PAA:

**I** - Estar inscrito CADÚNICO;

**II** - Documentos pessoais (RG, CPF) do beneficiário;

**III** - Comprovante de residência;

### **CAPÍTULO XII DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS**

**Art. 74.** A inobservância das tramitações e procedimentos de rotina estabelecidos nesta Instrução Normativa, sem prejuízo das orientações e exigências do Tribunal de Contas do Espírito Santo - TCE/ES relativas ao assunto sujeitará os responsáveis às sanções legais cabíveis.

**Art. 75.** Esta Instrução Normativa deverá ser atualizada sempre que fatores organizacionais, legais e/ou técnicos assim exigirem, a fim de verificar a sua adequação aos requisitos da Instrução Normativa Sistema de Controle Interno – SCI nº. 001/2013, bem como manter o processo de melhoria contínua dos serviços públicos municipais.

**Art. 76.** Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

São Domingos do Norte/ES, 28 de setembro de 2015

Jose Geraldo Guidoni  
Prefeito Municipal

Maria Goreth Carneiro Barbosa  
Secretaria Municipal de Controle Interno e Transparência

Robertino Farias da Costa



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**

Rodovia Gether Lopes de Farias – Bairro Emílio Callegari - s/nº - São Domingos do Norte - ES - CEP  
29745-000 telefone (027) 3742-1188 - CNPJ 36.350.312/0001-72  
Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social

Leidimar Romagna  
Representante do Sistema do SBES



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

ANEXO I – PRONTUÁRIO SUAS

NOME DA PESSOA DE REFERÊNCIA NA FAMÍLIA: \_\_\_\_\_

Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

TIPO DE UNIDADE:  CRAS  CREAS

Nº DA UNIDADE:

NOME DA UNIDADE: \_\_\_\_\_

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

Códigos auxiliares para Descrição Sumária dos Atendimentos:

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





**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL**

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

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

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

**Perfil Etário do Grupo familiar**

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

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

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL



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

4





**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL**

CONDICÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA		Data da primeira anotação: ___/___/___		Data de Atualização: ___/___/___		Data de Atualização: ___/___/___	
Nº de Ordem	Primeiro Nome & lista as pessoas obedecendo sempre mesmo nº de ordem)	Idade	Sabem escrever?	Frequência escola a atualiment? Atualização		Escolaridade (Última série concluída com aprovação) 1ª Anotação Atualização	
1			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		00 - Nunca frequentou escola 01 - Creche 02 - Educação Infantil 11 - 1º ano E. Fundamental 12 - 2º ano E. Fundamental 13 - 3º ano E. Fundamental 14 - 4º ano E. Fundamental 15 - 5º ano E. Fundamental 16 - 6º ano E. Fundamental 17 - 7º ano E. Fundamental 18 - 8º ano E. Fundamental 19 - 9º ano E. Fundamental 21 - 1º ano E. Médio 22 - 2º ano E. Médio 23 - 3º ano E. Médio 30 - Superior Incompleto 31 - Superior Completo 40 - EJA - Ensino Fundamental 41 - EJA - Ensino Médio 99 - Outros
2			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
3			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
4			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
5			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
6			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
7			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
8			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
9			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
10			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
11			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
12			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
13			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
14			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		

Anotações sobre o descumprimento de condições educacionais de educação no Programa Bolsa Família			
Nº de Ordem	Data da ocorrência (Mês/Ano)	Efeito* (Código)	Solicitada suspensão do efeito?
	___/___		( ) Sim ( ) Não
	___/___		( ) Sim ( ) Não
	___/___		( ) Sim ( ) Não
	___/___		( ) Sim ( ) Não
	___/___		( ) Sim ( ) Não
	___/___		( ) Sim ( ) Não
	___/___		( ) Sim ( ) Não

\* Código para os Efeitos gerados por descumprimento de Condições Educacionais

1. Advertência
2. Bloqueio
3. Suspensão
4. Cancelamento

Identificação de Vulnerabilidade Educacional			
Faltas Etárias	Qtzd. de Pessoas	Qtzd. de Pessoas	Qtzd. de Pessoas
	(Atualização)	(Atualização)	(Atualização)
Qtzd. de pessoas entre 0 e 5 anos que não estão frequentando escola ou creche			
Qtzd. de pessoas entre 06 e 14 anos que não estão frequentando escola			
Qtzd. de pessoas entre 15 e 17 anos que não estão frequentando escola			
Qtzd. de pessoas entre 10 e 17 anos que não sabem ler/escrever			
Qtzd. de pessoas entre 18 e 99 anos que não sabem ler/escrever			
Qtzd. de pessoas com 60 anos ou mais que não sabem ler/escrever			





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

CONDIÇÕES DE TRABALHO E RECEBIMENTOS DA FAMÍLIA				Data da primeira atualização: / /	Data de Atualização: / /	Data de Atualização: / /			
Nº de Ordem	Primeiro Nome (Liste as pessoas obtendo sempre o mesmo nº de Ordem)	Possui Carteira de Trabalho?	Idade	Condição de Ocupação		Possui qualificação profissional?	Caso sim, qual?	Renda Mensal (R\$)	
				1ª Atualização	Atualização			1ª Atualização	Atualização
1		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
2		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
3		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
4		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
5		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
6		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
7		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
8		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
9		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
10		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
11		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
12		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
13		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			
14		( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não			

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

Renda total da família: (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)  
 R\$ \_\_\_\_\_ / Atualização: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

Renda familiar per capita (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)  
 R\$ \_\_\_\_\_ / Atualização: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

A família recebe dinheiro de algum Programa Social?  
 Não  Sim Atualizações: ( ) S ( ) N / ( ) S ( ) N

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

Para famílias que recebem o BPC, indique o número de ordem da(s) pessoa(s) beneficiária(s):  
 Nº de Ord em da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Algum membro da família é aposentado ou pensionista?  
 Não  Sim. Se sim, indique o nº de ordem da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Qual a renda total da família, incluindo o valor recebido de programas sociais?  
 R\$ \_\_\_\_\_ / Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

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

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





**CONDIÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

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

\* Tipos de deficiência:

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

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

Não  Sim.

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

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

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

Algum membro da família é portador de alguma doença grave?

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

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

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

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

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

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

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

10

Registre a presença de gestante(s) na família:

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

Anotações sobre descumprimento de condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família

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









**CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA**

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

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

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

A família, ou algum de seus membros, é vítima de ameaças ou de discriminação na comunidade onde reside?  
 Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

A família possui parentes que residam próximo ao seu local de moradia e que constituam rede de apoio e solidariedade?  
 Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado caso queira anotar o nome, parentesco e contato destes parentes mais próximos.

A família possui vizinhos que constituam rede de apoio e solidariedade?  
 Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado caso queira anotar o nome e contato de algum vizinho mais próximo.

A família, ou algum de seus membros, participa de grupos religiosos, comunitários ou outros grupos/instituições que constituam rede de apoio e solidariedade?  
 Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

A família, ou algum de seus membros, participa de movimentos sociais, sindicatos, organizações comunitárias, Conselhos ou quaisquer outras ações ou instituições voltadas para organização política e defesa de interesses coletivos?  
 Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

Existe alguma criança ou adolescente do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?  
 Sim  Não  Não se aplica (família sem criança/adolescente)

Existe algum idoso do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?  
 Sim  Não  Não se aplica (família sem idoso)

Há pessoas dependentes (crianças, idosos dependentes ou pessoas com deficiência) que permanecem períodos do dia em casa sem a companhia de um adulto?  
 Sim  Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

**Relações de Convivência Intrafamiliares \***

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

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

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

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

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

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





**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL**



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

Registre a participação de membros da família em serviços, programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos.

N	Nº de Ordem da Pessoa	Primeiro Nome da Pessoa	Serviço, Programa ou Projeto*	Unidade de realização**	Data de ingresso (mês/ano)	Data de desligamento (mês/ano)	* Códigos para Serviços, Programas ou Projetos
1					___/___/___	___/___/___	1. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e/ou adolescentes 2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos 3. Grupo específico desenvolvido pelo PAIF 4. Grupo específico desenvolvido pelo PAEFI 5. Programas ou projetos específicos da Assistência Social que não configurem serviços continuados 6. Programas ou projetos de outras políticas setoriais (Educação, Esporte, Cultura etc) 99. Outros
2					___/___/___	___/___/___	
3					___/___/___	___/___/___	
4					___/___/___	___/___/___	
5					___/___/___	___/___/___	
6					___/___/___	___/___/___	
7					___/___/___	___/___/___	
8					___/___/___	___/___/___	
9					___/___/___	___/___/___	
10					___/___/___	___/___/___	
11					___/___/___	___/___/___	
12					___/___/___	___/___/___	
13					___/___/___	___/___/___	
14					___/___/___	___/___/___	
15					___/___/___	___/___/___	

**\*\* Códigos para a Unidade de Realização do respectivo Serviço, Programa ou Projeto:**  
 1 - Nesta própria Unidade; 2 - Em outra Unidade Pública da rede Socioassistencial; 3 - Em unidade/entidade privada da rede socioassistencial;  
 4 - Em unidade de rede de educação; 9 - Outra unidade vinculada a outras políticas.

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

16

**Importante! Utilize o espaço de anotações para registrar de forma precisa os dados e contatos referentes à unidade de realização do serviço, programa ou projeto, sempre que o mesmo não for realizado nesta própria Unidade.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA E VIOLAÇÕES DE DIREITOS

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

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

18

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





**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL**



**HISTÓRICO DE CUMPRIMENTO DE MEDIAS SOCIOEDUCATIVAS**

**Histórico de Aplicação de Medidas Socioeducativas para Adolescentes**

N°	Nº de Ordem da Pessoa	Primeiro Nome	*Tipo de Medida	Número do Processo	Data de Início (Mês/Ano)	Data de Fim (Mês/Ano)	*Códigos dos Tipos de Medida Socioeducativa
1					___/___	___/___	1 - Liberdade Assistida (LA) 2 - Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) 3 - Advertência 4 - Obrigação de Reparar o Dano 5 - Semi-Liberdade 6 - Internação
2					___/___	___/___	
3					___/___	___/___	
4					___/___	___/___	
5					___/___	___/___	
6					___/___	___/___	
7					___/___	___/___	
8					___/___	___/___	
9					___/___	___/___	
10					___/___	___/___	

Caso o adolescente esteja cumprindo medida socioeducativa de LA ou PSC, registre se o mesmo foi, ou está sendo, acompanhado pelo CREAS.

N°	Nº de Ordem da Pessoa	Acompanhado pelo CREAS	Data da Anotação	Observação
1		( ) Sim ( ) Não	___/___	
2		( ) Sim ( ) Não	___/___	
3		( ) Sim ( ) Não	___/___	
4		( ) Sim ( ) Não	___/___	
5		( ) Sim ( ) Não	___/___	
6		( ) Sim ( ) Não	___/___	
7		( ) Sim ( ) Não	___/___	
8		( ) Sim ( ) Não	___/___	
9		( ) Sim ( ) Não	___/___	
10		( ) Sim ( ) Não	___/___	

20

Caso esteja cumprindo medida socioeducativa de PSC registre os contatos relativos ao local de prestação do serviço e do orientador responsável:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL



HISTÓRICO DE ACOlhIMENTO INSTITUCIONAL OU FAMILIAR

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

Histórico de acolhimento:

N°	N° de Ordem da pessoa	Primeiro nome	Período do Acolhimento		Motivo
			Data de Início (Mês/Ano)	Data de Fim (Mês/Ano)	
1			__/__/__	__/__/__	
2			__/__/__	__/__/__	
3			__/__/__	__/__/__	
4			__/__/__	__/__/__	
5			__/__/__	__/__/__	
6			__/__/__	__/__/__	
7			__/__/__	__/__/__	
8			__/__/__	__/__/__	
9			__/__/__	__/__/__	
10			__/__/__	__/__/__	
11			__/__/__	__/__/__	
12			__/__/__	__/__/__	
13			__/__/__	__/__/__	
14			__/__/__	__/__/__	
15			__/__/__	__/__/__	

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

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

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

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

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

Outras situações de afastamento do convívio familiar:

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

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









PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Entende-se por evolução do acompanhamento familiar todo o processo que se segue ao contato inicial com a família/indivíduo, por meio do qual o profissional aprofunda seu conhecimento sobre a realidade específica daquela família, planeja e realiza ações para alcance de determinados objetivos e avalia os resultados alcançados.

Este espaço do Prontuário é destinado às anotações qualitativas sobre aspectos importantes da vida familiar que venham a ser identificados durante o processo de acompanhamento. Deve, também, ser utilizado para anotações pertinentes aos procedimentos e atividades desenvolvidas com a família e para avaliação dos resultados obtidos.

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

Series of horizontal lines for writing notes.







### PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

#### REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

A Avaliação de Resultados do Acompanhamento Familiar pode ser realizada a qualquer momento, a critério do profissional responsável. Entretanto, recomenda-se que o registro sintético da avaliação de resultados seja preenchido, no mínimo, uma vez a cada seis meses durante o período de acompanhamento; e obrigatoriamente, sempre que houver o desligamento de uma família do PAIF ou PAEFI.

A Avaliação de Resultados deve ser realizada com a participação da família acompanhada (ou indivíduo), e a avaliação do profissional também deve considerar as opiniões e percepções da própria família (ou indivíduo). Deve, ainda, haver especial atenção com a identificação dos fatores que contribuíram, ou que dificultaram, o alcance dos resultados esperados.

Nome do Profissional Responsável: \_\_\_\_\_  
Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de meses que a família está sendo acompanhada: |\_|\_| meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?  
 Sim  Parcialmente  Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?  
 Sim  Parcialmente  Não  Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra áreas

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribui para a superação ou enfrentamento dos seus problemas e dificuldades e deseja continuar recebendo atenções deste Serviço?  
 Sim  Parcialmente  Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?  
 Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo  
 A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis  
 Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades  
 Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sem prejuízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR**

**REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR**

Nome do Profissional Responsável: \_\_\_\_\_  
Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de meses que a família está sendo acompanhada: [\_\_] [\_\_] meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?  
 Sim       Parcialmente       Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?  
 Sim       Parcialmente       Não       Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra áreas

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribui para a superação ou enfrentamento dos seus problemas e dificuldades e deseja continuar recebendo atenções deste Serviço?  
 Sim       Parcialmente       Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?  
 Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo  
 A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis  
 Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades  
 Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sem prejuízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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



#### TABELA DE CÓDIGOS DE ENCAMINHAMENTOS

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Registro de Encaminhamento	Formulário de Encaminhamento
<b>Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:</b> [ ][ ] (Utilize a tabela de códigos)	<b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b> (Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)
<b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:</b> _____ _____ _____	Encaminho o Sr(a) _____ e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____ localizado(a) na _____ tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir: _____ _____ _____ _____ _____
<b>Objetivo/Motivo:</b> _____ _____ _____ _____	_____
<b>Data:</b> ____/____/____	<b>Data:</b> ____/____/____
<b>Nome do Profissional:</b> _____	<b>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:</b> _____
<i>Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento</i>	<b>Telefone para contato:</b> _____ <b>Nome do Profissional:</b> _____



Registro de Encaminhamento	Formulário de Encaminhamento
<b>Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:</b> [ ][ ] (Utilize a tabela de códigos)	<b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b> (Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)
<b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:</b> _____ _____ _____	Encaminho o Sr(a) _____ e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____ localizado(a) na _____ tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir: _____ _____ _____ _____ _____
<b>Objetivo/Motivo:</b> _____ _____ _____ _____	_____
<b>Data:</b> ____/____/____	<b>Data:</b> ____/____/____
<b>Nome do Profissional:</b> _____	<b>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:</b> _____
<i>Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento</i>	<b>Telefone para contato:</b> _____ <b>Nome do Profissional:</b> _____







PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Registro de Encaminhamento	Formulário de Encaminhamento
<b>Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:</b> [ ][ ] (Utilize a tabela de códigos)	<b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b> (Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)
<b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:</b> _____ _____	Encaminho o Sr(a) _____ e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____
<b>Objetivo/Motivo:</b> _____ _____ _____	localizado(a) na _____ tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir: _____ _____ _____ _____ _____
<b>Data:</b> ____/____/____	<b>Data:</b> ____/____/____
<b>Nome do Profissional:</b> _____	<b>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:</b> _____
<i>Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento</i>	<b>Telefone para contato:</b> _____ <b>Nome do Profissional:</b> _____

Registro de Encaminhamento	Formulário de Encaminhamento
<b>Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento:</b> [ ][ ] (Utilize a tabela de códigos)	<b>SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS</b> (Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)
<b>Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:</b> _____ _____	Encaminho o Sr(a) _____ e solicito atenção para seu atendimento, no(a) _____
<b>Objetivo/Motivo:</b> _____ _____ _____	localizado(a) na _____ tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir: _____ _____ _____ _____ _____
<b>Data:</b> ____/____/____	<b>Data:</b> ____/____/____
<b>Nome do Profissional:</b> _____	<b>Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:</b> _____
<i>Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento</i>	<b>Telefone para contato:</b> _____ <b>Nome do Profissional:</b> _____



ANEXO II – CADASTROÚNICO

FAÇA AS LETRAS CONFORME O MODELO:												PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA: X	
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z													
Governo Federal <b>Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome</b> Secretaria Nacional de Renda de Cidadania Departamento do Cadastro Único								<b>Formulário Principal de Cadastro F1</b>					
<b>1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE</b>													
1.01 - Código familiar			1.02 - UF		1.03 - Município		1.04 - Distrito		1.05 - Subdistrito		1.06 - Setor censitário		
1.07 - Modalidade da operação			1.08 - Forma de coleta de dados			1.09 - Formulário(s) preenchido(s)			1.10 - Data da entrevista				
<input type="checkbox"/> 1 - Inclusão <input type="checkbox"/> 2 - Alteração			<input type="checkbox"/> 1 - Sem visita domiciliar <input type="checkbox"/> 2 - Com visita domiciliar			<input type="checkbox"/> 0 - Principal <input type="checkbox"/> 2 - Avulso 2 <input type="checkbox"/> 1 - Avulso 1 <input type="checkbox"/> 3 - Suplementar(es) nº(s)			Dia / Mês / Ano / 2 / 0				
<b>ENDEREÇO DA FAMÍLIA</b>													
1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)													
1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé, etc.)													
1.13 - Título (geral, santa, pintor, etc.)													
1.14 - Nome													
1.15 - Número		1.16 - Complemento do número (s/nº, km, A, FUNASA, SUCAM, etc.)											
1.17 - Complemento adicional (apartamento, casa, sobrado, fundos, bloco, lote, quadra, etc.)													
		1.18 - CEP											
1.19 - Unidade territorial local													
a) Código		b) Descrição											
1.20 - Referência para localização													
<b>ENTREVISTADOR</b>													
1.21 - Nome													
1.22 - CPF do entrevistador		Assinatura do entrevistador											
1.23 - Observações													
Assinatura do representante da prefeitura/órgão responsável pelo cadastramento													

Formulário Principal de Cadastro - CADÚNICO - F1

31.442 v005



FAÇA OS ALGARISMOS CONFORME O MODELO:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA: ✕

---

### 2 - CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

(Não preencher para famílias em situação de rua)

**2.01 - O local onde está situado o seu domicílio tem, na maioria, características:**  
 1 - Urbanas       2 - Rurais

**2.02 - Qual é a espécie do seu domicílio?**  
 1 - Particular permanente  
 2 - Particular improvisado  
 3 - Coletivo  
**Passo ao 3.01**

**2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?**

**2.04 - Quantos cômodos estão servindo, permanentemente, de dormitório para os moradores do seu domicílio?**

**2.05 - Qual é o material predominante no piso do seu domicílio?**  
 1 - Terra  
 2 - Cimento  
 3 - Madeira aproveitada  
 4 - Madeira aparelhada  
 5 - Cerâmica, lajota ou pedra  
 6 - Carpete  
 7 - Outro material

**2.06 - Qual é o material predominante na construção das paredes externas do seu domicílio?**  
 1 - Alvenaria/tijolo com revestimento  
 2 - Alvenaria/tijolo sem revestimento  
 3 - Madeira aparelhada  
 4 - Taipa revestida  
 5 - Taipa não-revestida  
 6 - Madeira aproveitada  
 7 - Palha  
 8 - Outro material

**2.07 - O seu domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?**  
 1 - Sim       2 - Não

**2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?**  
 1 - Rede geral de distribuição  
 2 - Poço ou nascente  
 3 - Sistema  
 4 - Outra forma

**2.09 - No seu domicílio ou na propriedade existe banheiro ou sanitário?**  
 1 - Sim       2 - Não      **Passo ao 2.11**

**2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?**  
 1 - Rede coletora de esgoto ou pluvial  
 2 - Fossa séptica  
 3 - Fossa rudimentar  
 4 - Vale a céu aberto  
 5 - Direto para um rio, lago ou mar  
 6 - Outra forma

**2.11 - O lixo do seu domicílio:**  
 1 - É coletado diretamente  
 2 - É coletado indiretamente  
 3 - É queimado ou enterrado na propriedade  
 4 - É jogado em terreno baldio ou logradouro (rua, avenida, etc.)  
 5 - É jogado em rio, lago ou mar  
 6 - Tem outro destino

**2.12 - Qual é a forma de iluminação utilizada no seu domicílio?**  
 1 - Elétrica com medidor próprio  
 2 - Elétrica com medidor comunitário  
 3 - Elétrica sem medidor  
 4 - Óleo, querosene ou gás  
 5 - Vela  
 6 - Outra forma

**2.13 - Existe calçamento/pavimentação no trecho do logradouro (rua, avenida, etc.), em frente ao seu domicílio?**  
 1 - Total       2 - Parcial       3 - Não existe

---

### 3 - FAMÍLIA

(Observe os conceitos de morador e de família na contracapa do formulário)

**3.01 - A família é indígena?**  
 1 - Sim       2 - Não - **Passo ao 3.05**

**3.02 - A que povo indígena pertence a família?**

**3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?**  
 1 - Sim       2 - Não - **Passo ao 3.07**

**3.04 - Qual é o nome da terra ou reserva indígena?**  
  
 2 - Não sabe      **Passo ao 3.07**

31.442.0005



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

FAÇA AS LETRAS CONFORME O MODELO:

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA: X

3.05 - A família é quilombola?  
 1 - Sim  2 - Não - Passe ao 3.07

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?  
 2 - Não sabe

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio? (Não preencher para famílias em situação de rua)

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio? (Não preencher para famílias em situação de rua)

3.09 - Há alguma pessoa dessa família que está internada ou abrigada em hospital, casa de saúde, asilo, orfanato ou em outro estabelecimento similar há 12 meses ou mais? (Não preencher para famílias em situação de rua)

<input type="text"/>	1 - Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos)	<input type="checkbox"/>	0 - Não tem
<input type="text"/>	2 - Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 64 anos)	<input type="checkbox"/>	0 - Não tem
<input type="text"/>	3 - Idoso(s) (de 65 anos ou mais)	<input type="checkbox"/>	0 - Não tem

**LISTA DE COMPONENTES DA FAMÍLIA MORADORES DO DOMICÍLIO**  
- Sempre iniciar o preenchimento pelo nome do Responsável pela Unidade Familiar  
- Anote o primeiro nome de cada pessoa

Nº de ordem	Nome da pessoa	Nº de ordem	Nome da pessoa
1		7	
2		8	
3		9	
4		10	
5		11	
6		12	

3.10 - A família, normalmente, tem despesa mensal com:

1 - Energia elétrica	<input type="text"/>	,00	<input type="checkbox"/>	0 - Não tem
2 - Água e esgoto	<input type="text"/>	,00	<input type="checkbox"/>	0 - Não tem
3 - Gás, carvão e lenha	<input type="text"/>	,00	<input type="checkbox"/>	0 - Não tem
4 - Alimentação, higiene e limpeza	<input type="text"/>	,00	<input type="checkbox"/>	0 - Não tem
5 - Transporte	<input type="text"/>	,00	<input type="checkbox"/>	0 - Não tem
6 - Aluguel	<input type="text"/>	,00	<input type="checkbox"/>	0 - Não tem
7 - Medicamentos de uso regular	<input type="text"/>	,00	<input type="checkbox"/>	0 - Não tem

3.11 - Nome e código do Estabelecimento de Assistência à Saúde - EAS/MS em que os membros da família são atendidos quando necessitam:

a) Nome:

b) Código:

3.12 - Nome e código do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS/CREAS) em que os membros da família são atendidos quando necessitam:

a) Nome:

b) Código:

31.442 v0015

Formulário Principal de Cadastro - CADÚNICO - F1



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

FAÇA OS ALGARISMOS CONFORME O MODELO:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA: X

### 4 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido

4.05 - Sexo

4.06 - Data de nascimento

4.07 - Relação de parentesco (nome) com a pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

4.09 - Nome completo da mãe

4.10 - Nome completo do pai

4.11 - Onde (nome) nasceu?

4.12 - Em que estado (nome) nasceu?

4.13 - Em que município (nome) nasceu?

4.14 - Em que país estrangeiro (nome) nasceu?

4.15 - O nascimento (nome) foi registrado em Cartório de Registro Civil?

31.442 v005

6



FAÇA AS LETRAS CONFORME O MODELO: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA: X

### 5 - DOCUMENTOS

**5.01 - Tipo e dados da Certidão**  
a) Tipo  1 - Nascimento  2 - Casamento  3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)  
b) Dados  
1 - Nome do cartório  
2 - Número do livro 3 - Número da folha 4 - Número do termo/RANI 5 - Data do registro:  
6 - Estado de registro 7 - Município de registro 8 - Código do cartório

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

**5.03 - Dados do documento de identidade (RG)**  
1 - Número 2 - Complemento 3 - Data da emissão  
4 - Estado emissor 5 - Sigla do órgão emissor

**5.04 - Dados da Carteira de Trabalho e Previdência Social**  
1 - Número 2 - Série 3 - Data de emissão  
4 - Estado emissor

**5.05 - Dados do Título de Eleitor**  
1 - Número 2 - Zona 3 - Seção

### 6 - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

(O entrevistado deve fazer a avaliação de sua deficiência e dos membros de sua família considerando a utilização de óculos, lentes de contato, aparelho auditivo, prótese ou bengala)

**6.01 - (Nome) tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)**  
 1 - Sim  2 - Não -**Passar ao 7.01**

**6.02 - Qual é o tipo de deficiência que (nome) tem?**  
(Este quesito admite múltipla marcação)  
 1 - Cegueira  3 - Surdez severa/profunda  5 - Deficiência física  7 - Síndrome de Down  
 2 - Baixa visão  4 - Surdez leve/moderada  6 - Deficiência mental ou intelectual  8 - Transtorno/doença mental

**6.03 - Em função dessa deficiência (nome) recebe cuidados permanentes de terceiros?**  
(Este quesito admite múltipla marcação)  
 1 - Não  3 - Sim, de cuidador especializado  5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial  
 2 - Sim, de alguém da família  4 - Sim, de vizinho  6 - Sim, de outra forma

Formulário Principal de  
Cadastro - CADÚNICO - F1

31.442 v005

7



FAÇA OS ALGARISMOS CONFORME O MODELO:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA: X

### 7 - ESCOLARIDADE

7.01 - (Nome) sabe ler e escrever?  
 1 - Sim  2 - Não

7.02 - (Nome) frequenta escola ou creche?  
 1 - Sim, rede pública  3 - Não, já frequentou - **Passo ao 7.09**  
 2 - Sim, rede particular  4 - Nunca frequentou → Pessoa com 10 anos ou mais, **passo ao 8.01**  
 → Pessoa com menos de 10 anos, **encerre a entrevista**

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que (nome) frequenta?  
 [Grid for name]

7.04 - Essa escola ou creche está localizada neste município?  
 1 - Sim - **Passo ao 7.06**  2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?  
 1 - Estado [Grid]  
 2 - Município [Grid]

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche:  
 [Grid]  2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que (nome) frequenta?  
 1 - Creche  8 - Ensino Médio especial  
 2 - Pré-escola (exceto CA) → **Encerre a entrevista dessa pessoa**  9 - Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo - 1ª a 4ª)  
 3 - Classe de Alfabetização - CA - **Passo ao 8.01**  10 - Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo - 5ª a 8ª)  
 4 - Ensino Fundamental regular (duração 8 anos)  11 - Ensino Médio EJA (Supletivo) → **Passo ao 8.01**  
 5 - Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)  12 - Alfabetização para adultos  
 6 - Ensino Fundamental especial  13 - Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado  
 7 - Ensino Médio regular  14 - Pré-vestibular

7.08 - Qual é o ano/série que (nome) frequenta?  
 1 - Primeiro(a)  3 - Terceiro(a)  5 - Quinto(a)  7 - Sétimo(a)  9 - Nono(a)  
 2 - Segundo(a)  4 - Quarto(a)  6 - Sexto(a)  8 - Oitavo(a)  10 - Curso não-seriado  
**Passo ao 8.01**

### PARA A PESSOA QUE NÃO FREQUENTA ESCOLA, MAS JÁ FREQUENTOU

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que (nome) frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?  
 1 - Creche  9 - Ensino Médio Especial  
 2 - Pré-escola (exceto CA) → **Passo ao 8.01**  10 - Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)  
 3 - Classe de Alfabetização - CA  11 - Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) → **Passo ao 8.01**  
 4 - Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries, Elementar (Primário), Primeira fase do 1º grau  12 - Ensino Médio EJA (Supletivo)  
 5 - Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries, Médio 1º ciclo (Ginásial), Segunda fase do 1º grau  13 - Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado  
 6 - Ensino Fundamental (duração 9 anos)  14 - Alfabetização para Adultos (Mobra, etc.)  
 7 - Ensino Fundamental Especial  15 - Nenhum  
 8 - Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico, Técnico, Normal)

Formulário Principal de Cadastro - CADÚNICO - F1

31.442 v0015



FAÇA AS LETRAS CONFORME O MODELO:

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA:

7.10 - Qual foi o último ano/série que (nome) concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

1 - Primeiro(a)     3 - Terceiro(a)     5 - Quinto(a)     7 - Sétimo(a)     9 - Nonoo(a)  
 2 - Segundo(a)     4 - Quarto(a)     6 - Sexto(a)     8 - Oitavo(a)     10 - Curso não-seriado

7.11 - (Nome) concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim     2 - Não

**8 - TRABALHO E REMUNERAÇÃO**  
(para pessoas de 10 anos de idade ou mais)

8.01 - Na semana passada (nome) trabalhou?

1 - Sim - **Passar ao 8.03**     2 - Não

8.02 - Na semana passada (nome) estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

1 - Sim     2 - Não - **Passar ao 8.05**

*Caso tenha mais de um trabalho, considere como principal o de maior número de horas normalmente trabalhadas por semana*

8.03 - Esse trabalho principal que (nome) exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

1 - Sim     2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal (nome) era:

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

8.05 - No mês passado (nome) recebeu remuneração de trabalho?  
(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

,00     0 - Não recebeu

8.06 - (Nome) teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim     2 - Não - **Passar ao 8.09**

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por (nome) nesse período?

,00

8.09 - Quanto (nome) recebe, normalmente, por mês de:

1 - Ajuda/doação regular de não morador     ,00     0 - Não recebe  
2 - Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS     ,00     0 - Não recebe  
3 - Seguro-desemprego     ,00     0 - Não recebe  
4 - Pensão alimentícia     ,00     0 - Não recebe  
5 - Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares     ,00     0 - Não recebe

31.442 v005

Formulário Principal de  
Cadastro - CADÚNICO - F1









### ANEXO III

*Essa autorização é válida por 03 dias úteis N° de controle:*

#### AUTORIZAÇÃO

Autorizo o Sr. \_\_\_\_\_, CTPS/ou RG: \_\_\_\_\_ residente na Rua, n.º \_\_\_\_\_, Bairro São Domingos do Norte/ES a retirar \_\_\_\_\_ no Almoarifado da Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência Social SEMTADES, Rua Goiânia, Bairro centro, a mesma deverá apresentar documento de identificação com foto e esta autorização.

\_\_\_\_\_  
Nome Assistente Social  
Assistente Social - Plantão Social /SEMTADES

São Domingos do Norte / ES, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Declaro que recebi beneficio de : \_\_\_\_\_

---

*Essa autorização é válida por 03 dias úteis N° de controle:*

#### AUTORIZAÇÃO

Autorizo o Sr. \_\_\_\_\_, CTPS/ou RG: \_\_\_\_\_ residente na Rua, n.º \_\_\_\_\_, Bairro São Domingos do Norte/ES a retirar \_\_\_\_\_ no Almoarifado da Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência Social SEMTADES, Rua Goiânia, Bairro centro, a mesma deverá apresentar documento de identificação com foto e esta autorização.

\_\_\_\_\_  
Nome Assistente Social  
Assistente Social - Plantão Social /SEMTADES

São Domingos do Norte / ES, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Declaro que recebi beneficio de : \_\_\_\_\_  
*Via controle - SEMTADES*



ANEXO IV

<i>Cadastro de pessoas beneficiadas com BENEFÍCIOS EVENTUAIS</i>	<i>Data:</i> ____/____/____
<i>Nome(1)</i> _____	
<i>RG:</i> _____	<i>CPF:</i> _____
<i>Nº de pessoas na família:</i> _____	
<i>Nomes de cada membro familiar ( o Nº.1 é o responsável familiar):</i>	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
6. _____	
7. _____	
8. _____	
9. _____	
<i>Endereço:</i> _____	
<i>Bairro:</i> _____	<i>CEP:</i> _____
<i>Cidade:</i> _____	<i>UF:</i> _____
<i>Telefone:</i> _____	
_____ <i>Assinatura do responsável</i>	_____ <i>Assinatura/carimbo do Assistente Social</i>
<i>1 – Auxílio Funeral:</i> _____	<i>Nº de urnas doadas:</i> _____
<i>2 – Auxílio Natalidade:</i> _____	<i>Nº de KIT's doados:</i> _____



ANEXO V

SUMÁRIO SOCIAL

**I – IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F  
Filhos: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Filiação: Pai: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Empregado: ( ) Sim ( ) Não Onde: \_\_\_\_\_  
Tem CTPS assinada? ( ) Sim ( ) Não  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Renda pessoal: \_\_\_\_\_ Renda Familiar: \_\_\_\_\_  
Doc. RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
Há quanto tempo reside no município? \_\_\_\_\_ Título de eleitor: \_\_\_\_\_

**II – SITUAÇÃO ECONÔMICA**

( ) 0 a 2 salários mínimos ( ) Pequeno proprietário ( ) Aposentado  
( ) 3 a 5 salários mínimos ( ) Meeiro ( ) Outros

**III – SITUAÇÃO HABITACIONAL:**

**IV – PARECER SOCIAL:**

**V – OBSERVAÇÕES:**

Declaro serem verdadeiras as informações que prestei acima

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO NORTE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL**

---