



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 N° 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
SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

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 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 $\frac{1}{4}$ (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;

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

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000

Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com



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

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

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



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

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 visão 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, provoca do 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 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 encontram-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



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

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;
- 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”.

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000

Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com



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

- 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.

- 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 judiciais 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

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000

Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com



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

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 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

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000

Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com

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:

- 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;
- 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;

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:



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

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:

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;



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

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;

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;



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

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.

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,



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

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.

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;

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000

Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com



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

V - Água potável.

VI - Local para o trabalho dos digitadores, equipado com computadores com acesso à internet e impressoras;

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;



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

VI - Telefone popular.

VII - PRONATEC.

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
SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

- 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;
- IV** - Benefício Eventual Funeral;
- V** - Encaminhamento para BPC.



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

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 Referencia 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 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 requerem 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**);

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**);



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

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 bebê 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:

- 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 CADÚNICO;





**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 $\frac{1}{4}$ (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 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.



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

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;
- 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
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	Inº 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	____/____/____				
20	____/____/____				
21	____/____/____				
22	____/____/____				
23	____/____/____				
24	____/____/____				
25	____/____/____				
26	____/____/____				
27	____/____/____				
28	____/____/____				
29	____/____/____				
30	____/____/____				
31	____/____/____				
32	____/____/____				
33	____/____/____				
34	____/____/____				
35	____/____/____				
36	____/____/____				
37	____/____/____				
38	____/____/____				
39	____/____/____				
40	____/____/____				

Códigos auxiliares para Descrição Sumária dos Atendimentos:

1- Atendimento socioassistencial individualizado; 2 - Atendimento em atividade coletiva de caráter continuado; 3 - Participação em atividade coletiva de caráter não continuado; 4 - Cadastramento/Visualização 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

Nº da Ordem	Nome Completo (é sempre comecar a lista pela Pessoa de Referência)	Sexo	Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	Idade	* Parentesco com a Pessoa de Referência	Atividade em casa da Pessoa com Deficiência	() LCN URG UCTPS UCPF UTE	Avaliação:	
								/	/
1		() M () F	_____						
2		() M () F	_____						
3		() M () F	_____						
4		() M () F	_____						
5		() M () F	_____						
6		() M () F	_____						
7		() M () F	_____						
8		() M () F	_____						
9		() M () F	_____						
10		() M () F	_____						
11		() M () F	_____						
12		() M () F	_____						
13		() M () F	_____						
14		() M () F	_____						

* Códigos de Parentesco: 1 - Pessoa de Referência; 2 - Cônjugue/companheiro(a); 3 - Filho(a); 4 - Enteado(a); 5 - Neto(a); 6 - Parente de 1º grau; 7 - Parente de 2º grau; 8 - Irmão(a); 9 - Genro/Marido; 10 - Quirino/Esposa; 11 - Iúlio/Pareceiro

** Documentação a ser providenciada: Chv/Certidão de Nascimento / RG/Certidão de Nascimento / RG/Cartilha de Identidade / CTPS= Carteira do Trabalho e Previdência Social / OPE=Cadastro de Pessoa Física / TE= Título de Eleitor

Atenção: Caso necessite excluir uma pessoa da composição familiar (apenas pessoas filhos da família, cônjuges etc) marque um "X" sobre o numero de ordem e realize na página ao lado as observações relativas à data de nascimento e exclusão.

Perfil Etário do Grupo Familiar

Faixas Etárias	Qtd. de Pessoas	Qtd. de Pessoas (Avaliação)	Qtd. de Pessoas (Avaliação)
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			
Total de Pessoas na Família			

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família

- Família/pessoa em situação de rua
- Família quibombô
- Família farfelha
- Família digana
- Família indígena residente em aldeia/Reserva
- Especifica o povo/etnia:
- Família indígena não residente em aldeia/Reserva
- Especifica o povo/etnia:
- Outras:



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



COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Outras observações referentes ao diagnóstico da composição familiar
(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

5



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
a. Tipo de residência		
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. Material das paredes externas do domicílio		
Alvenaria ou madeira aparelhada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madeira aproveitada, talpa ou outros materiais precários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Acesso a energia elétrica		
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"/>
d. Possui água canalizada		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Forma de abastecimento de água		
Rede geral de distribuição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco ou nascente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de captação de águas de chuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caixa-pipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Escoamento sanitário		
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 vila, rio, lago ou mar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domicílio sem banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Coleta de lixo		
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"/>
h. Qual o número total de cômodos do domicílio		
Número de Cômodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Qual o nº de cômodos utilizados como dormitório		
Número de dormitórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Quanto é o nº de pessoas do domicílio dividido pelo nº de dormitórios?		
Número médio de pessoas por dormitório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. O domicílio possui acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção?		
Sim, tanto nos espaços internos como na comunicação com a rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, apenas nos espaços internos, mas possui "barreiras" na comunicação com a rua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui condições de acessibilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. O domicílio está localizado em área de risco de desabamento ou alagamento?		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. O domicílio está localizado em área de difícil acesso geográfico?		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. O domicílio está localizado em área com forte presença de conflito/violência?		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

CONDICÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições habitacionais da família

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

5

2



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

CONDIÇÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA

Ind. de Ordem	Primeiro Nome mais os sobrenomes dos pais e/ou responsáveis	Data da primária intoduzida	Data de Atualização	Data de Atualização	Data de Atualização
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Identificação de Vulnerabilidade Educacional

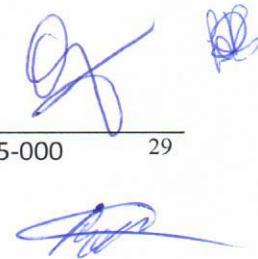
Fatores Etárias	Qtd. de Pessoas (Atualização)	Qtd. de Pessoas (Atualização)	Qtd. de Recursos (Atualização)
Qtd. de pessoas entre 0 e 5 anos que não estão frequentando escola ou creche			
Qtd. de pessoas entre 06 e 14 anos que não estão frequentando escola			
Qtd. de pessoas entre 15 e 17 anos que não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

Anotações sobre o desempenho do condicinalidade
de educação no programa Bem Família

Anotações sobre o desempenho do condicinalidade de educação no programa Bem Família			
Node Ordem	Data da documentação (Mês/Ano)	Eletro - (Código)	Solicitada suspenso do eletro?
1	— / —	— / —	() Sim () Não
2	— / —	— / —	() Sim () Não
3	— / —	— / —	() Sim () Não
4	— / —	— / —	() Sim () Não

Códigos para os Eletros que desempenham
desenvolvimento de Comunidades

- 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
- 20 - 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





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



CONDICÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições educacionais da família

Atividades: Todo atendimento incluído neste espaço deve ser precedido de data, nome e função do profissional responsável pela mesma.

7

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000

Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com

30

10



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

CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTOS DA FAMÍLIA

Nr de Ordem	Princípio Nome (Use as penas obedecendo sempre o mesmo da Ordem)	Idade de Trabalho?	Possui Cartão de Trabalho?	Condição de Ocupação		Pessoal qualificado profissional?	Caso sim, quais?	Atualização Anualização	Renda Mensal (R\$)
				1º Atividade	Atividade				
1			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
2			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
3			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
4			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
5			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
6			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
7			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
8			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
9			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
10			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
11			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
12			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
13			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
14			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

Classificação da Ocupação:

0 - Não Trabalha; 1 - Trabalhador por conta própria, autônomo; 2 - Trabalhador temporário em área rural; 3 - Empregado sem comprovação de trabalho assinado; 4 - Empregado com comprovação de trabalho assinado; 5 - Trabalhador doméstico sem comprovação de trabalho assinado; 6 - Trabalhador doméstico com comprovação de trabalho assinada; 7 - Trabalhador doméstico com comprovação de trabalho assinada; 8 - Migrante ou servidão público; 9 - Empregador; 10 - Estudante; 11 - Aprendiz (sem comprovação legal)

Renda total da família: (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)

R\$ _____ / Anualização: R\$ _____ / R\$ _____

Renda familiar per capita (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)

R\$ _____ / Anualização: R\$ _____ / R\$ _____

A família recebe de alguma Programa Social?

Não Sim / Anualização: R\$ _____ / R\$ _____

Ano(s) o valor(es) recebido(s) da família por meio de Programas Sociais

Bolso Família - Valor: R\$ _____ Anualização: R\$ _____ R\$ _____
 BPC - Valor: R\$ _____ Anualização: R\$ _____ R\$ _____
 PETI - Valor: R\$ _____ Anualização: R\$ _____ R\$ _____
 Outros - Valor: R\$ _____ Anualização: R\$ _____ R\$ _____

Alguns membros da família é(a)são estudo ou pensamento?

Não Sim. Se sim, informar o nr de criança da(s) pessoa(s) beneficiária(s): _____ / R\$ _____

Qual a renda total da família, incluído o valor recebido de programas sociais?

R\$ _____ / Anualização: R\$ _____ / R\$ _____

Qual a Renda familiar por Capita, incluído o valor recebido de programas sociais?

R\$ _____ / Anualização: R\$ _____ / R\$ _____

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



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



CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTOS DA FAMÍLIA.

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições de trabalho e rendimentos da família
(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

Importante! Para uma melhor avaliação da condição econômica da família, é necessário que além da renda, você conheça também os principais gastos/despesas da família, especialmente despesas com aluguel e com medicamentos de uso contínuo.



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



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 vive/á 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 (cocaina, 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 Prê-Natal	Data da anotação
			() 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 Condisionalidades
				() Sim () Não	1. Advertência
				() Sim () Não	2. Bloqueio
				() Sim () Não	3. Suspensão
				() Sim () Não	4. Cancelamento
				() Sim () Não	



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

CONDICÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições de saúde da família
(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

11

Sempre que possível, identifique e registre nessa página a Unidade Básica de Saúde que referencia esta família e o nome do Agente Comunitário de Saúde que costuma visitá-la. Essa informação pode ser útil para futuras trocas de informações intersetoriais no nível local.

745-000 34



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



ACESSO A BENEFÍCIOS EVENTUAIS

Utilize o quadro abaixo para registrar os Benefícios Eventuais concedidos para a família por esta unidade.

Registro de concessão de Benefícios Eventuais da Assistência Social

Códigos para os Tipos de Benefícios

1 - Auxílio Natalidade; 2 - Auxílio Funeral; 3 - Item/Kit específico para enfrentamento de situações de Emergência ou Calamidade Pública; 4 - Cesta Básica; 5 - Aluguel social/pagamento de aluguel; 6 - Outros.

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000

Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com

35

[Handwritten signature]



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



ACESSO A BENEFÍCIOS EVENTUAIS

Outras observações referentes ao acesso a Benefícios Eventuais

[Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pelo mesmo]

13

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000

Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com

36

~~29745-000~~ 36
7



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

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 residem 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 crianças/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)
<input type="checkbox"/> Conflituoso, com violência <input type="checkbox"/> Conflituoso, sem violência <input type="checkbox"/> Sem conflitos relevantes		____/____
<input type="checkbox"/> Conflituoso, com violência <input type="checkbox"/> Conflituoso, sem violência <input type="checkbox"/> Sem conflitos relevantes		____/____
<input type="checkbox"/> Conflituoso, com violência <input type="checkbox"/> Conflituoso, sem violência <input type="checkbox"/> Sem conflitos relevantes		____/____
Percepção/Avaliação do técnico sobre as relações entre pais/responsáveis e os filhos inclusivo entre o padastro ou madrasta com o(s) enteados(as), se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/Ano)
<input type="checkbox"/> Conflituoso, com violência <input type="checkbox"/> Conflituoso, sem violência <input type="checkbox"/> Sem conflitos relevantes		____/____
<input type="checkbox"/> Conflituoso, com violência <input type="checkbox"/> Conflituoso, sem violência <input type="checkbox"/> Sem conflitos relevantes		____/____
<input type="checkbox"/> Conflituoso, com violência <input type="checkbox"/> Conflituoso, sem violência <input type="checkbox"/> Sem conflitos relevantes		____/____
Percepção/Avaliação do técnico sobre as relações entre os irmãos, se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/Ano)
<input type="checkbox"/> Conflituoso, com violência <input type="checkbox"/> Conflituoso, sem violência <input type="checkbox"/> Sem conflitos relevantes		____/____
<input type="checkbox"/> Conflituoso, com violência <input type="checkbox"/> Conflituoso, sem violência <input type="checkbox"/> Sem conflitos relevantes		____/____
<input type="checkbox"/> Conflituoso, com violência <input type="checkbox"/> Conflituoso, sem violência <input type="checkbox"/> Sem conflitos relevantes		____/____

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

Indique se há relações conflituosas envolvendo outros indivíduos que residem 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 residem no domicílio.



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



CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições de convivência familiar e comunitária
(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

15

38



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

Registrar 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					____/____	____/____	2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para idosos
3					____/____	____/____	3. Grupo específico desenvolvido pelo PAIF
4					____/____	____/____	4. Grupo específico desenvolvido pelo PAEFI
5					____/____	____/____	5. Programas ou projetos específicos da Assistência Social que não configurem serviços continuados
6					____/____	____/____	6. Programas ou projetos de outras políticas setoriais (Educação, Esporte, Cultura etc)
7					____/____	____/____	
8					____/____	____/____	
9					____/____	____/____	
10					____/____	____/____	
11					____/____	____/____	
12					____/____	____/____	
13					____/____	____/____	
14					____/____	____/____	
15					____/____	____/____	99. Outros

** 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.



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

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

17



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



SITUAÇÕES DE VIOLENCIA E VIOLAÇÕES DE DIREITOS

Situação	A situação ainda persiste?	Data da Anotação (Mês/Ano)	(ATUALIZAÇÃO) A situação ainda persiste?	(ATUALIZAÇÃO) Data da Atualização
			() Sim () Não	() Sim () Não
[] Trabalho Infantil	() Sim () Não	____/____	() Sim () Não	____/____
[] Exploração Sexual	() Sim () Não	____/____	() Sim () Não	____/____
[] Abuso/Violência Sexual	() Sim () Não	____/____	() Sim () Não	____/____
[] Violência Física	() Sim () Não	____/____	() Sim () Não	____/____
[] Violência Psicológica	() Sim () Não	____/____	() Sim () Não	____/____
[] Negligência contra idoso	() Sim () Não	____/____	() Sim () Não	____/____
[] Negligência contra criança	() Sim () Não	____/____	() Sim () Não	____/____
[] Negligência contra PCD	() Sim () Não	____/____	() Sim () Não	____/____
[] Trajetória de Rua	() Sim () Não	____/____	() Sim () Não	____/____
[] Tráfico de Pessoas	() Sim () Não	____/____	() Sim () Não	____/____
[] Violência Patrimonial contra idoso ou PCD	() Sim () Não	____/____	() Sim () Não	____/____
[] Outra:	() Sim () Não	____/____	() Sim () Não	____/____

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

QUADRO 3 - EXCLUSIVO PARA UTILIZAÇÃO DO CREAS Registro obrigatório de situações de violência e violações de direitos identificadas no grupo familiar				
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
		() Indício () Confirmada	____/____	2. Violência Psicológica
		() Indício () Confirmada	____/____	3. Exploração Sexual
		() Indício () Confirmada	____/____	4. Abuso/Violência Sexual
		() Indício () Confirmada	____/____	5. Negligência ou Abandono
		() Indício () Confirmada	____/____	6. Trabalho Infantil
		() Indício () Confirmada	____/____	7. Trajetória de Rua
		() Indício () Confirmada	____/____	8. Tráfico de Pessoas
		() Indício () Confirmada	____/____	9. Discriminação por orientação sexual
		() Indício () Confirmada	____/____	10. Violência Patrimonial contra Idoso ou PCD
		() Indício () Confirmada	____/____	99. Outra
		() Indício () Confirmada	____/____	

Todo registro incluído neste quadro deve ser transposto sem a identificação da pessoa para o Mapa Consolidado de Registros Obrigatório deste CREAS. Além disso, o profissional deve ficar atento para a sua responsabilidade de notificar os Órgãos do Sistema de Garantia de Direito 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



SITUAÇÕES DE VIOLENCIA E VIOLAÇÕES DE DIREITOS

Outras observações referentes ao diagnóstico de violência e violações de direitos
(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

19

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000

Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com

42

45-000 42



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

Nº	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.

Nº	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 CUMPRIMENTO DE MEDIAS SOCIOEDUCATIVAS

Outras observações referentes ao histórico de cumprimento de medidas socioeducativas

As anotações relativas ao processo de acompanhamento do adolescente em cumprimento de Medida Socioeducativa pelo CREAS devem ser registradas no bloco Planejamento e Evolução do Acompanhamento Familiar

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

21

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000
Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37
Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com

44





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:

Nº	Nº 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 (abrigamento) decorrente da perda, temporária ou definitiva do domicílio, quer em função de catástrofe natural ou de fatalidade pessoal, registre o período em que o fato ocorreu e o motivo/fato que levou ao acolhimento:

22

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

Outras situações de afastamento do convívio familiar:

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

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



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



HISTÓRICO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Observações referentes às situações de Acolhimento Institucional vivenciadas pela família
(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

三

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000

Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com

46





PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Registro de Ingresso e de Desligamento da Família ou Indivíduo no Acompanhamento do PAIF ou PAEF

Assinale o Ingresso	Data de Ingresso	Assinale o Desligamento	Data de Desligamento	*Razão do Desligamento	* Códigos de Razões para Desligamento
<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	1 - Avaliação técnica 2 - Evasão ou recusa da Família 3 - Mudança de município 4 - Outros
<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	

PLANEJAMENTO INICIAL:

O planejamento inicial deve ser elaborado de forma dialogada com a família/indivíduo e considerar de forma particularizada as necessidades e as potencialidades de cada família. Nele se identificam os objetivos a serem perseguidos e as possíveis ações e estratégias para alcançá-los. Embora não deva ser encarado de forma rígida, o planejamento inicial ajuda a nortear o trabalho a ser desenvolvido com a família/indivíduo e a avaliar sua evolução.

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



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



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

PLANEJAMENTO INICIAL:

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

25

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000
Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37
Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com

48





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).

26



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

27

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000

Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com

50

9745-000 50



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

28

10





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 contribuiram, 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 outras 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:

37



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



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 outras 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/melhoria da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades

Houve significativo avanço/melhoria 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:

38



**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 Soridente)
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

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

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

Data: _____/_____/_____

Nome do Profissional:

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



Registro de Encaminhamento

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

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

Data: _____/_____/_____

Nome do Profissional:

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

Formulário de Encaminhamento

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS
(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

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

localizado(a) na _____

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

Data: _____/_____/_____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____

Formulário de Encaminhamento

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS

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

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

localizado(a) na _____

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

Data: _____/_____/_____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____



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

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000

Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

Email: assistenciasocialsdn@hotmail.com

57



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

Registro de Encaminhamento

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

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

Objetivo/Motivo:

Data: ____/____/____

Nome do Profissional:

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



Registro de Encaminhamento

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

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

Objetivo/Motivo:

Data: ____/____/____

Nome do Profissional:

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



Formulário de Encaminhamento

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS

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

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

localizado(a) na _____

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

Data: ____/____/____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____

Formulário de Encaminhamento

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS

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

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

localizado(a) na _____

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

Data: ____/____/____

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: _____
Nome do Profissional: _____



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

ANEXO II – CADASTROÚNICO

PREENCHA AS LETRAS CONFORME O MODELO:															PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA:												
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	X	
Governo Federal Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Renda da Cidadania Departamento do Cadastro Único															Formulário Principal de Cadastramento F1												
1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE																											
1.01 - Código familiar				1.02 - UF		1.03 - Município			1.04 - Distrito		1.05 - Subdistrito			1.06 - Setor censitário													
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>													
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)										<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 20 Dia Mês Ano													
ENDEREÇO DA FAMÍLIA																											
1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.) <input type="text"/> <input type="text"/>																											
1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé, etc.) <input type="text"/>																											
1.13 - Thule (general, serra, pintor, etc.) <input type="text"/>																											
1.14 - Nome <input type="text"/> <input type="text"/>																											
1.15 - Número														1.16 - Complemento do número (lm², km, A, FUNASA, SUCAM, etc.) <input type="text"/>													
1.17 - Complemento adicional (apartamento, casa, sobrado, fundos, bloco, lote, quadra, etc.) <input type="text"/> <input type="text"/>																											
1.18 - CEP <input type="text"/> - <input type="text"/>																											
1.19 - Unidade territorial local a) Código <input type="text"/> b) Descrição <input type="text"/>																											
1.20 - Referência para localização <input type="text"/>																											
ENTREVISTADOR																											
1.21 - Nome <input type="text"/> <input type="text"/>																											
1.22 - CPF do entrevistador <input type="text"/> - <input type="text"/>														Assinatura do entrevistador <input type="text"/>													
1.23 - Observações <input type="text"/>																											
Assinatura do representante da prefeitura/órgão responsável pelo cadastramento <input type="text"/>																											

Formulário Principal de Cadastramento - CADÚNICO - F1

SI 442 X005

3



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

FACAS OS ALGARISMOS CONFORME O MODELO:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

PREENCHA A QUADRÍCULA
DESTA FORMA: X

Formulário Padrão de
Cadastramento - CADÚNICO - F1

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:	<input type="checkbox"/> 1 - Urbanas <input type="checkbox"/> 2 - Rurais
2.02 - Qual é a espécie do seu domicílio?	<input type="checkbox"/> 1 - Particular permanente <input type="checkbox"/> 2 - Particular improvisado <input type="checkbox"/> 3 - Coletivo
	Passe ao 3.01
2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?	<input type="text"/>
2.04 - Quantos cômodos estão servindo, permanentemente, de dormitório para os moradores do seu domicílio?	<input type="text"/>
2.05 - Qual é o material predominante no piso do seu domicílio?	<input type="checkbox"/> 1 - Terra <input type="checkbox"/> 2 - Cimento <input type="checkbox"/> 3 - Madeira aproveitada <input type="checkbox"/> 4 - Madeira aperfeiçoada <input type="checkbox"/> 5 - Cerâmica, lajeta ou pedra <input type="checkbox"/> 6 - Carpete <input type="checkbox"/> 7 - Outro material
2.06 - Qual é o material predominante na construção das paredes externas do seu domicílio?	<input type="checkbox"/> 1 - Alvenaria/tijolo com revestimento <input type="checkbox"/> 2 - Alvenaria/tijolo sem revestimento <input type="checkbox"/> 3 - Madeira aperfeiçoada <input type="checkbox"/> 4 - Telha revestida <input type="checkbox"/> 5 - Telha não-revestida <input type="checkbox"/> 6 - Madeira aproveitada <input type="checkbox"/> 7 - Palha <input type="checkbox"/> 8 - Outro material
2.07 - O seu domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não
2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?	
<input type="checkbox"/> 1 - Rede geral de distribuição <input type="checkbox"/> 2 - Poço ou nascente <input type="checkbox"/> 3 - Cisterna <input type="checkbox"/> 4 - Outra forma	
2.09 - No seu domicílio ou na propriedade existe banheiro ou sanitário?	
<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não → Passe ao 2.11	
2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?	
<input type="checkbox"/> 1 - Rede coletora de esgoto ou pluvial <input type="checkbox"/> 2 - Fossa séptica <input type="checkbox"/> 3 - Fossa rudimentar <input type="checkbox"/> 4 - Vala a céu aberto <input type="checkbox"/> 5 - Direto para um rio, lago ou mar <input type="checkbox"/> 6 - Outra forma	
2.11 - O lixo de seu domicílio:	
<input type="checkbox"/> 1 - É coletado diretamente <input type="checkbox"/> 2 - É coletado indiretamente <input type="checkbox"/> 3 - É queimado ou enterrado na propriedade <input type="checkbox"/> 4 - É jogado em terreno baldio ou logradouro (rua, avenida, etc.) <input type="checkbox"/> 5 - É jogado em rio, lago ou mar <input type="checkbox"/> 6 - Tem outro destino	
2.12 - Qual é a forma de iluminação utilizada no seu domicílio?	
<input type="checkbox"/> 1 - Elétrica com medidor próprio <input type="checkbox"/> 2 - Elétrica com medidor comunitário <input type="checkbox"/> 3 - Elétrica sem medidor <input type="checkbox"/> 4 - Óleo, gasolina ou gás <input type="checkbox"/> 5 - Vela <input type="checkbox"/> 6 - Outra forma	
2.13 - Existe calçamento/pavimentação no trecho do logradouro (rua, avenida, etc.), em frente ao seu domicílio?	
<input type="checkbox"/> 1 - Total <input type="checkbox"/> 2 - Parcial <input type="checkbox"/> 3 - Não existe	
3 - FAMÍLIA (Observe os conceitos de morador e de família na contracapa do formulário)	
3.01 - A família é indígena?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não - Passe ao 3.05
3.02 - A que povo indígena pertence a família?	
3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não - Passe ao 3.07
3.04 - Qual é o nome da terra ou reserva indígena?	
Passe ao 3.07	

31442.W005

4



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:

Formulário Padrão de
Cadastro - CADIÁNICO - F1

4 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

4.01 - Número de ordem <input type="text"/>	4.02 - Nome completo <input type="text"/> <input type="text"/>
4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP) <input type="text"/>	4.04 - Apelido <input type="text"/>
4.05 - Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	4.06 - Data de nascimento Dia <input type="text"/> Mês <input type="text"/> Ano <input type="text"/>
4.07 - Relação de parentesco (nome) com a pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF <input type="checkbox"/> 1 - Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF <input type="checkbox"/> 2 - Cônjugue ou companheiro(a) <input type="checkbox"/> 3 - Filho(a) <input type="checkbox"/> 4 - Enteado(a) <input type="checkbox"/> 5 - Neto(a) ou bisneto(a) <input type="checkbox"/> 6 - Pai ou mãe <input type="checkbox"/> 7 - Sogro(a) <input type="checkbox"/> 8 - Irmão ou irmã <input type="checkbox"/> 9 - Genro ou noiva <input type="checkbox"/> 10 - Outro parentesco <input type="checkbox"/> 11 - Não parente	
4.08 - Cor da raça <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena	
4.09 - Nome completo da mãe <input type="text"/> <input type="text"/>	
4.10 - Nome completo do pai <input type="text"/> <input type="text"/>	
4.11 - Onde (nome) nasceu? <input type="checkbox"/> 1 - Neste município - Passe ao 4.15 <input type="checkbox"/> 2 - Em outro município <input type="checkbox"/> 3 - Em outro país - Passe ao 4.14	
4.12 - Em que estado (nome) nasceu? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 2 - Não sabe	
4.13 - Em que município (nome) nasceu? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 2 - Não sabe Passe ao 4.15	
4.14 - Em que país estrangeiro (nome) nasceu? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 2 - Não sabe	
4.15 - O nascimento (nome) foi registrado em Cartório de Registro Civil? <input type="checkbox"/> 1 - Sim e tem Certidão de Nascimento <input type="checkbox"/> 2 - Sim, mas não tem Certidão de Nascimento <input type="checkbox"/> 3 - Não Se tem RANI, passe ao 5.01, opção 3 Se não tem RANI, passe ao 6.01 <input type="checkbox"/> 4 - Não sabe	

31.442.400-5

6



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:

5 - DOCUMENTOS

5.01 - Tipo e dados da Carteira

- a) Tipo 1 - Nascimento 2 - Casamento 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Índio (IRAN)

b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Número do livro	3 - Número da folha	4 - Número do termo (IRAN)	5 - Data do registro:
[]	[]	[]	[] Dia [] Mês [] Ano

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	[]	
[]	[]	[]	[]	[] Dia	[] Mês	[] Ano

4 - Estado emissor

[]	[]	5 - Síglas do órgão emissor	[]
[]	[]	[]	[]

5.04 - Dados da Carteira de Trabalho e Previdência Social

1 - Número	[]	2 - Série	[]	3 - Data da emissão	[]	
[]	[]	[]	[]	[] Dia	[] Mês	[] Ano

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 limita as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

- 1 - Sim 2 - Não - Passe ao 7.01

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que (nome) tem?
(Este questão admite múltipla marcação)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira | <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão | <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual | <input type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental |

6.03 - Em função dessa deficiência (nome) recebe cuidados permanentes de terceiros?
(Este questão admite múltipla marcação)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não | <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma |

31.442-VN/05

Formulário Principal de
Cadastro - CADÚNICO - F1



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

Formulário Principal do Cadastro - CADÚNICO - FI
Cadastramento - F1

FAÇA OS ALGARISMOS CONFORME O MODELO:		PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA:																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9														
7 - ESCOLARIDADE																							
7.01 - (Nome) sabe ler e escrever?																							
<input type="checkbox"/> 1 - Sim		<input type="checkbox"/> 2 - Não																					
7.02 - (Nome) frequenta escola ou creche?																							
<input type="checkbox"/> 1 - Sim, rede pública		<input type="checkbox"/> 3 - Não, já frequentou - Passe ao 7.03																					
<input type="checkbox"/> 2 - Sim, rede particular		<input type="checkbox"/> 4 - Nunca frequentou		→ Passe com 10 anos ou mais, passe ao 8.01 → Passe com menos de 10 anos, encerre a entrevista																			
7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que (nome) frequenta? _____																							
7.04 - Essa escola ou creche está localizada neste município? 1 - Sim - Passe ao 7.05 2 - Não _____																							
7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche? 1 - Estado _____ 2 - Município _____																							
7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche: _____																							
<input type="checkbox"/> 2 - Não tem																							
7.07 - Qual é o curso que (nome) frequenta? <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 - Creche</td> <td><input type="checkbox"/> 2 - Pré-escola (exceto CA)</td> <td><input type="checkbox"/> 3 - Classe de Alfabetização - CA</td> <td><input type="checkbox"/> 4 - Ensino Fundamental regular (duração 8 anos)</td> <td><input type="checkbox"/> 5 - Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)</td> <td><input type="checkbox"/> 6 - Ensino Fundamental especial</td> <td><input type="checkbox"/> 7 - Ensino Médio regular</td> <td><input type="checkbox"/> 8 - Ensino Médio especial</td> <td><input type="checkbox"/> 9 - Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo - 1º a 4º)</td> <td><input type="checkbox"/> 10 - Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo - 5º a 8º)</td> <td><input type="checkbox"/> 11 - Ensino Médio EJA (Supletivo)</td> <td><input type="checkbox"/> 12 - Alfabetização para adultos</td> <td><input type="checkbox"/> 13 - Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado</td> <td><input type="checkbox"/> 14 - Pré-vestibular</td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> 1 - Creche	<input type="checkbox"/> 2 - Pré-escola (exceto CA)	<input type="checkbox"/> 3 - Classe de Alfabetização - CA	<input type="checkbox"/> 4 - Ensino Fundamental regular (duração 8 anos)	<input type="checkbox"/> 5 - Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)	<input type="checkbox"/> 6 - Ensino Fundamental especial	<input type="checkbox"/> 7 - Ensino Médio regular	<input type="checkbox"/> 8 - Ensino Médio especial	<input type="checkbox"/> 9 - Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo - 1º a 4º)	<input type="checkbox"/> 10 - Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo - 5º a 8º)	<input type="checkbox"/> 11 - Ensino Médio EJA (Supletivo)	<input type="checkbox"/> 12 - Alfabetização para adultos	<input type="checkbox"/> 13 - Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado	<input type="checkbox"/> 14 - Pré-vestibular
<input type="checkbox"/> 1 - Creche	<input type="checkbox"/> 2 - Pré-escola (exceto CA)	<input type="checkbox"/> 3 - Classe de Alfabetização - CA	<input type="checkbox"/> 4 - Ensino Fundamental regular (duração 8 anos)	<input type="checkbox"/> 5 - Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)	<input type="checkbox"/> 6 - Ensino Fundamental especial	<input type="checkbox"/> 7 - Ensino Médio regular	<input type="checkbox"/> 8 - Ensino Médio especial	<input type="checkbox"/> 9 - Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo - 1º a 4º)	<input type="checkbox"/> 10 - Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo - 5º a 8º)	<input type="checkbox"/> 11 - Ensino Médio EJA (Supletivo)	<input type="checkbox"/> 12 - Alfabetização para adultos	<input type="checkbox"/> 13 - Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado	<input type="checkbox"/> 14 - Pré-vestibular										
→ Encerre a entrevista dessa pessoa → Passe ao 8.01																							
7.08 - Qual é o ano/série que (nome) frequenta? <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 - Primeiro(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 2 - Segundo(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 3 - Terceiro(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 4 - Quarto(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 5 - Quinto(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 6 - Sexto(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 7 - Sétimo(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 8 - Oitavo(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 9 - Nono(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 10 - Curso não-sériado</td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> 1 - Primeiro(a)	<input type="checkbox"/> 2 - Segundo(a)	<input type="checkbox"/> 3 - Terceiro(a)	<input type="checkbox"/> 4 - Quarto(a)	<input type="checkbox"/> 5 - Quinto(a)	<input type="checkbox"/> 6 - Sexto(a)	<input type="checkbox"/> 7 - Sétimo(a)	<input type="checkbox"/> 8 - Oitavo(a)	<input type="checkbox"/> 9 - Nono(a)	<input type="checkbox"/> 10 - Curso não-sériado				
<input type="checkbox"/> 1 - Primeiro(a)	<input type="checkbox"/> 2 - Segundo(a)	<input type="checkbox"/> 3 - Terceiro(a)	<input type="checkbox"/> 4 - Quarto(a)	<input type="checkbox"/> 5 - Quinto(a)	<input type="checkbox"/> 6 - Sexto(a)	<input type="checkbox"/> 7 - Sétimo(a)	<input type="checkbox"/> 8 - Oitavo(a)	<input type="checkbox"/> 9 - Nono(a)	<input type="checkbox"/> 10 - Curso não-sériado														
Passe ao 8.01																							
PARA A PESSOA QUE NÃO FREQUENTA ESCOLA, MAS JÁ FREQUENTOU																							
7.09 - Qual foi o curso mais elevado que (nome) freqüentou, no qual concluiu pelo menos uma série?																							
<input type="checkbox"/> 1 - Creche		<input type="checkbox"/> 3 - Classe de Alfabetização - CA		<input type="checkbox"/> 5 - Quinto(a)		<input type="checkbox"/> 7 - Sétimo(a)		<input type="checkbox"/> 9 - Nono(a)		<input type="checkbox"/> 11 - Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5º a 8º)													
<input type="checkbox"/> 2 - Pré-escola (exceto CA)		<input type="checkbox"/> 4 - Ensino Fundamental 1º a 4º séries, Elementar (Primário), Primeira fase do 1º grau		<input type="checkbox"/> 6 - Sexto(a)		<input type="checkbox"/> 8 - Oitavo(a)		<input type="checkbox"/> 10 - Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1º a 4º)		<input type="checkbox"/> 12 - Ensino Médio EJA (Supletivo)													
<input type="checkbox"/> 7 - Ensino Fundamental especial		<input type="checkbox"/> 8 - Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico, Técnico, Normal)		<input type="checkbox"/> 13 - Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado		<input type="checkbox"/> 14 - Alfabetização para Adultos (Mobral, etc.)		<input type="checkbox"/> 15 - Nenhum		<input type="checkbox"/> 16 - Nenhum													
→ Passe ao 8.01																							
→ Passe ao 8.01																							

31.642.v05

8



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

FAÇA AS LETRAS CONFORME O MODELO:												PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA:													
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
7.10 - Qual foi o último ano/série que (nome) concluiu com aprovação nesse curso que frequenta?														PREENCHA A QUADRÍCULA DESTA FORMA:											
<input type="checkbox"/> 1 - Primeiro(s)		<input type="checkbox"/> 3 - Terceiro(s)		<input type="checkbox"/> 5 - Quinto(s)		<input type="checkbox"/> 7 - Sétimo(s)		<input type="checkbox"/> 9 - Nono(s)																	
<input type="checkbox"/> 2 - Segundo(s)		<input type="checkbox"/> 4 - Quarto(s)		<input type="checkbox"/> 6 - Sexto(s)		<input type="checkbox"/> 8 - Oitavo(s)		<input type="checkbox"/> 10 - Curso não-série																	
7.11 - (Nome) concluiu esse curso que frequenta?																									
<input type="checkbox"/> 1 - Sim		<input type="checkbox"/> 2 - Não																							
B - TRABALHO E REMUNERAÇÃO (para pessoas de 10 anos de idade ou mais)																									
8.01 - Na semana passada (nome) trabalhou?																									
<input type="checkbox"/> 1 - Sim - Passe ao 8.03		<input type="checkbox"/> 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?																									
<input type="checkbox"/> 1 - Sim		<input type="checkbox"/> 2 - Não - Passe 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 (excluindo vegetal)?																									
<input type="checkbox"/> 1 - Sim		<input type="checkbox"/> 2 - Não																							
8.04 - Nesse trabalho principal (nome) era:																									
<input type="checkbox"/> 1 - Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)		<input type="checkbox"/> 7 - Trabalhador não-remunerado																							
<input type="checkbox"/> 2 - Trabalhador temporário em área rural		<input type="checkbox"/> 8 - Militar ou servidor público																							
<input type="checkbox"/> 3 - Empregado sem carteira de trabalho assinada		<input type="checkbox"/> 9 - Empregador																							
<input type="checkbox"/> 4 - Empregado com carteira de trabalho assinada		<input type="checkbox"/> 10 - Estagiário																							
<input type="checkbox"/> 5 - Trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada		<input type="checkbox"/> 11 - Aprendiz																							
<input type="checkbox"/> 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)																									
<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu																									
8.06 - (Nome) teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?																									
<input type="checkbox"/> 1 - Sim		<input type="checkbox"/> 2 - Não - Passe ao 8.09																							
8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?																									
<input type="checkbox"/> 1																									
8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por (nome) nesse período?																									
<input type="checkbox"/> 0,00																									
8.09 - Quanto (nome) recebe, normalmente, por mês de:																									
1 - Ajuda/doença regular de não morador		<input type="checkbox"/> 0,00																							
<input type="checkbox"/> 0 - Não recebe																									
2 - Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS		<input type="checkbox"/> 0,00																							
<input type="checkbox"/> 0 - Não recebe																									
3 - Seguro-desemprego		<input type="checkbox"/> 0,00																							
<input type="checkbox"/> 0 - Não recebe																									
4 - Pensão alimentícia		<input type="checkbox"/> 0,00																							
<input type="checkbox"/> 0 - Não recebe																									
5 - Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares		<input type="checkbox"/> 0,00																							
<input type="checkbox"/> 0 - Não recebe																									

31.442.v005

Formulário Principal de
Cadastro - CADÚNICO - FI



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

Recebimento do comprovante de prestação de informações

Eu, _____ afirmo que recebi o comprovante de prestação de informações deste formulário

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES	
<p>Governo Federal Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Renda de Cidadania Departamento do Cadastro Único</p> <p>Declara, sob a penalidade de perda da Lei nº 2.994 de Código Penal, que as informações contidas neste formulário correspondem à verdade e compromete-me a procurar a gestão municipal para atualizar os registros que estiverem inadimplidos em relação às informações prestadas por mim nessa entrevista, no prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da data deste atestado.</p> <p>Nome _____</p>	<p>Formulário Principal de Cadastramento</p> <p>F1</p> <p>Declara, sob a penalidade de perda da Lei nº 2.994 de Código Penal, que as informações contidas neste formulário correspondem à verdade e compromete-me a procurar a gestão municipal para atualizar os registros que estiverem inadimplidos em relação às informações prestadas por mim nessa entrevista, no prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da data deste atestado.</p> <p>Nome _____</p> <p>Identificação (CPF) _____ - _____</p> <p>Identificação (Título de Eleitor) _____ - _____</p> <p>Assinatura do Responsável pela Unidade Família:</p> <p>Entrevistador _____</p> <p>Data da entrevista _____ / _____ / 20____</p> <p>Identificação (CPF) _____</p> <p>Assinatura do entrevistador _____</p> <p>Código familiar _____</p> <p>Nome do município _____</p> <p>Motivação da operação _____</p> <p>Inclusão _____</p> <p>Alteração _____</p>

Reclamações e Sugestões
SAC CAIXA: 0800 725 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios).
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 725 2192.
Caixa.gov.br

Rua Goiânia, nº 032 - Centro - São Domingos do Norte-ES - CEP 29745-000
Telefone (027) 3742 1250 - CNPJ 16.571.433/0001-37

31442 v005

66

MICROSOFT
Ministério do Desenvolvimento
Social e Combate à Fome

200



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 QUADRÍGUA
DESTA FORMA: X

Governo Federal
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Secretaria Nacional de Renda da Cidadania
Departamento do Cadastro Único

Formulário Suplementar 1
Vinculação a programas
e serviços
F1.01

1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

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	0 - Principal 1 - Aviso 1 2 - Aviso 2 3 - Suplementar(es) nulos	[]	[]	[] 20 [] Dia Mês Ano

ENTREVISTADOR

1.11 - Nome	[]	
1.12 - CPF do entrevistador	[] - []	Assinatura do entrevistador
1.13 - Observações		
Assinatura do representante da prefeitura/única responsável pelo cadastramento		

2 - VINCULAÇÃO A PROGRAMAS E SERVIÇOS

- 2.01 - Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum membro da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SESAN.
- Este quesito admite múltipla marcação.
- 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero
 - 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero
 - 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta
 - 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta
 - 5 - Recebe cesta de Alimentos
 - 6 - Faz refeição em restaurante popular
 - 7 - Faz refeição em cozinha comunitária
 - 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição
 - 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água de chuva para produzir alimentos
 - 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água de chuva
 - 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares)
 - 12 - Participa de projeto da certeira indígena (Parceria MMA/MDS)
 - 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS
 - 14 - Nenhum

- 2.02 - Indique abaixo, marcando com X, se algum membro da família é ou foi beneficiário do seguro desemprego especial para pessoas resgatadas do trabalho análogo ao de escravo.

- 1 - Sim
- 2 - Não

- 2.03 - Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum membro da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia. Este quesito admite múltipla marcação.

- 1 - Recebe sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social
- 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia
- 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência
- 4 - Nenhum

- 2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código de identificação da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio.

- a) Nº de ordem da pessoa: []
- b) Código da unidade consumidora: []

31.441 v003

Formulário Suplementar 1
CADÚNICO - F1.01



ANEXO III

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

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o Sr. _____, CTPS/ou RG: _____ residente na Rua , n °_____, Bairro São Domingos do Norte/ES a retirar _____ no Almoxarifado 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 °_____, Bairro São Domingos do Norte/ES a retirar _____ no Almoxarifado 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

Cadastro de pessoas beneficiadas com BENEFICIOS EVENTUAIS

Data:

Nome(1) _____

RG: _____ CPF: _____ Nº de pessoas na família: _____

Nomes de cada membro familiar (o Nº.1 é o responsável familiar):

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____

Assinatura do responsável

Assinatura/carimbo do Assistente Social

1 - Auxilio Funeral: _____ Nº de urnas doadas: _____

2 - Auxilio Natalidade: _____ Nº de KIT's doados: _____

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:

Data: _____ / _____ / _____



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