



**NORMA TÉCNICA
DOS SERVIÇOS
SOCIOASSISTENCIAIS**

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

CADERNO DE INSTRUMENTAIS



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
ASSISTÊNCIA SOCIAL



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
ASSISTÊNCIA SOCIAL

**NORMA TÉCNICA DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS
PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA**

CADERNO DE INSTRUMENTAIS

São Paulo, agosto de 2012

Gilberto Kassab

Prefeito

Alda Marco Antonio

Secretária Municipal de Assistência Social

Milton Roberto Persoli

Secretário -Adjunto

Norberto de Camargo Engelder

Chefe de Gabinete

Angela Eliana de Marchi

Coordenadoria Geral de Assistência Social

Sandra Vanderci Ramos

Coordenadoria de Proteção Social Básica

Zilah Kuroki e Isabel Cristina Bueno da Silva

Coordenadoria de Proteção Social Especial

Fátima de Jesus Teixeira e André Mello Figueiredo Dias

Coordenadoria do Observatório de Políticas Sociais

Luiz Fernando Francisquini

Coordenadoria de Gestão de Benefícios

Claudia Maria Pires de Campos

Coordenadora de Gestão de Pessoas

Ana Lúcia Abdalla

Coordenadoria de Assistência Social Sudeste

Angela Gonçalves Marques

Coordenadoria de Assistência Social Sul

Glauce Kielius

Coordenadoria de Assistência Social Leste

Margarida Yoshie I. Yuba

Coordenadoria de Assistência Social Centro Oeste

Teresinha Colaneri dos Reis

Coordenadoria de Assistência Social Norte

Elaboração

Coordenadoria de Proteção Social Básica

Ana Maria Modolo Diz

Celia Maria Vairo

Marcia Maria Rodrigues

Maria Cristina Boa Nova

Maria Luiza Piccinini

Maria Rita Gomes de Freitas

Marli Matos de Godoi

Rita de Cassia Monteiro de Lima Siqueira

Rosane da Silva Berthaud

Colaboração

Coordenadoria do Observatório de Políticas Sociais

Arte Final

Comunicação Visual

Lucileni Amadeo

Victor Aroma Marques

Vinicius Kimura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS	09
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL À FAMÍLIA – SASF	79
CENTRO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – CCA	95
CENTRO PARA JUVENTUDE – CJ	125
NÚCLEO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS – NCI	145

INTRODUÇÃO

Para facilitar o dia-a-dia dos executores da política de Assistência Social disponibilizamos o documento **Norma Técnica dos Serviços Socioassistenciais da PSB – Caderno de Instrumentais**, que apresenta os instrumentais necessários a execução de cada tipologia de serviço socioassistencial que compõem a rede de Proteção Social Básica no município de São Paulo.

Os instrumentais estão disponibilizados em PDF, organizados de modo a colher dados sobre os usuários e sobre o desenvolvimento das atividades no serviço, a fim de que toda a rede tenha o mesmo padrão e unidade na coleta de informações, o que contribuirá para a melhoria da qualidade do monitoramento da rede e da vigilância socioterritorial.


O serviço socioassistencial deverá ter especial atenção no registro e no preenchimento de cada um dos instrumentais, pois eles se constituem em instrumentos de coleta primária de dados para a consolidação do atendimento prestado por meio da Declaração Mensal dos Dados de Atendimento – DEMES.

Ressaltamos que neste documento está disponibilizada apenas a DEMES referente ao serviço socioassistencial **Núcleo de Convivência de Idosos**, tendo-se em vista a readequação formalizada pelas portarias 09 e 10/SMADS/12, as demais integram a portaria 46/SMADS/2010.

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL CRAS



CRAS - FICHA RECEPÇÃO

	CRAS: _____	Data: ____/____/____	FI: _____			
---	-------------	----------------------	-----------	--	--	--

Nome	Telefone	Forma de acesso(1)	Demanda apresentada(2)	Encaminhamento				
				Orientação	Técnico	Cadastrador	Outro CRAS	Outro Órgão

(1)Forma de Acesso: 1 - Procura espontânea / 2 - Busca Ativa / 3 - Encaminhada pela Rede Socioassistencial / 4 - Encaminhada por outras Políticas Públicas
 (2) 1- Acesso/cadastro progr. sociais; 2- Atualização cadastral; 3- Regularização benefício - PTR; 4- Acesso ao BPC; 5- Documentação; 6- Pq reparo/moradia; 7- Pagamento contas; 8- Foto/ fotocópia; 9- Transp. Urbano; 10- Passag. Intermunic./Interest; 11- Alimentação; 12- Aquis. Instr. Trabalho; 13- Solicitud./Renov. Cart. Idoso; 14- Defesa de direitos (Idoso; Deficiência; Mulher; Criança); 15- Acesso Rede Socioassist. Básica; 16- Acesso Rede de Acolhida Pop. Rua; 17- Acesso outros Serv. Prot. Especial; 18-Trabalho; 19- Habitação; 20- Capac.Profiss.; 21- Previdência Social - auxílio/aposentadoria/pensão; 22- Educação; 23- Saúde; 24- Outros (especificar)

CRAS - FICHA TÉCNICA - ATENDIMENTO DIÁRIO



CRAS:		CAS:		mês/ano:	
Nome do Técnico:		Fl:		de Fls:	

Data	Nome do beneficiário	Forma de acesso (A)	Demanda apresentada (B)	Encaminhamento (D)	Benef.	Incl.PAIF
					S/N	S/N

(A) Forma de Acesso: 1 - Espontâneo / 2 - Busca Ativa / 3 - Encaminhado pela Rede Socioassistencial / 4 - Encaminhado por Outras Políticas Públicas

(B) Demandas Apresentadas: B1. Acesso ao Cadastro de Programas Sociais; B2. Atualização cadastral Prog. Sociais; B3. Regularização do benefício de transferência de renda; B4. Acesso a Benefício de Prestação Continuada - BPC; B5. Obtenção/Regularização de Documentação Civil; B6. Pequeno reparo na moradia; B7. Pagamento de Contas; B8. Foto / Fotocópia; B9. Transporte Urbano; B10. Passagem Intermunicipal / Interestadual; B11. Alimentação; B12. Aquisição de Instrumento de Trabalho; B13. Solicitação / Renovação de Carteira do Idoso; B14. Proteção / Defesa ao Idoso; B15. Proteção / Defesa à Pessoa com Deficiência; B16. Proteção / Defesa à Mulher; B17. Proteção / Defesa à Criança / Adolescente em Trabalho Infantil; B18. Proteção / Defesa à Cça/Adol. Vítima de Violência, Exploração ou Abuso Sexual; B19. Acesso à Rede Socioassistencial Básica; B20. Acesso à Rede de Acolhida à População em Situação de Rua; B21. Acesso a outros Serviços de Proteção Social Especial; B22. Acesso ao Trabalho; B23. Acesso à Habitação; B24. Acesso a Cursos de Capacitação Profissional; B25. Acesso à previdência Social (aposentadoria / auxílios / pensão); B26. Acesso à Educação; B27. Acesso à Saúde; B28. Outros* (especificar)

(D) Encaminhamentos realizados: D1. Educação; D2. Saúde; D3. Trabalho (CAT/Prog.Qual.Prof.); D4. Poupatempo; D5. Habitação; D6. Conselho de Direitos; D7. Serviços Sistema de Garantia de Direitos; D8. SPTtrans (Atende, Bilhetes especiais); D9. Previdência Social - Auxílio /Aposentadoria / Pensão; D10. Previdência Socia/BPC; D11. Outro CRAS; D12. Rede Socioassistencial de Proteção Básica; D13. CREAS; D14 -Rede Socioassistencial Proteção Especial; D15- Inclusão Cadastro de Programas Sociais; D16. Atualização Cadastral; D17. Outros* (especificar)

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Anexo 1 (frente)

CAS _____ CRAS _____

Nome							Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nº NIS		BDC			Nascimento: ____/____/____			
Naturalidade (Município/Estado)		Cor/raça:		Pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
CPF:	RG:	Emissão: ____/____/____		UF:	Órgão Emissor		CTPS nº	Série:
Mãe:								
Pai:								
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro								
Ensino fundamental: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto			Ensino Médio: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto		Ensino Superior: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto		<input type="checkbox"/> Analfabeto	
Profissão:		Ocupação:		<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista				Renda: R\$ _____
Endereço:							Nº	Complemento:
CEP:		Bairro:		Distrito:		Telefone:		
Ponto de Referência:								
Condições de Moradia: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida			Nº de cômodos:		Valor (aluguel ou financiamento): R\$			
Tipo de Construção: <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Mista				Situação Habitacional: <input type="checkbox"/> Cortiço <input type="checkbox"/> Favela <input type="checkbox"/> Loteamento irregular				
Recebe Programa de Transferência de Renda? <input type="checkbox"/> Não Recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Renda Mínima <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Renda Cidadã <input type="checkbox"/> Ação Jovem <input type="checkbox"/> PETI								
Recebe Benefício de Prestação Continuada? <input type="checkbox"/> Não Recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência maior de 18 anos <input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência menor de 18 anos								
Freqüente escola? <input type="checkbox"/> Não. Motivo _____ <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____								

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº	Nome	Data de nascimento - dd/mm/aaaa	Parentesco / vínculo	Escolaridade	Profissão	Ocupação	Renda	Fator de risco social
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
TOTAIS								

Fator de risco social: 1. Alcoolismo; 2. Deficiência auditiva; 3. Deficiência física; 4. Deficiência mental; 5. Deficiência visual; 6. Desemprego; 7. Drogadição; 8. HIV+; 9. Problemas psiquiátricos; 10. Situação de rua; 11. Trabalho infantil; 12. Violência doméstica; 13. Outro _____

ESTUDO SOCIAL

“O estudo social se constitui momento de compreensão da realidade vivenciada pelas famílias, bem como de afirmação da assistência social como direito de cidadania e dever do Estado.” (Orientações Técnicas sobre PAIF, vol.2, p.18)

Identificação dos potenciais da família quanto:

-Considerar:Relações significativas (vizinhanças, família ampliada, amigos, organizações religiosas, associações comunitárias, grupos culturais, outros); Envolvimento de membros da família em ações que objetivam a superação de vulnerabilidade; Resgate ou reconhecimento de potenciais adquiridos (habilidades manuais, experiências profissionais, capacidades desenvolvidas, dentre outros); Relação da família com a rede de serviços existentes no território (saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, lazer, outros) e Nível de participação em atividades ofertadas.

Identificação das vulnerabilidades da família quanto:
Considerar: Condições socioeconômicas (manutenção da sobrevivência); Histórico de perdas ou interrupção de relações; Histórico de violação de direitos; Acesso (ou necessidade de) ao Sistema de Garantia de Direitos. Se já acessa, quais medidas/ acompanhamentos realizados; se não, indicar quais os encaminhamentos realizados; Outras Situações:

Indicação da Família para:
- Concessão de Benefício Eventual:
- Inserção no PAIF com ações de:

Técnico de Referência do Atendimento

Nome e RF

Coordenador do CRAS

Nome e RF

Coordenador de CREAS

Nome e RF

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS
ENCAMINHAMENTO / ACOMPANHAMENTO

CAS _____

CRAS _____

ENCAMINHAMENTO

Para _____

Encaminhamos o(a) Senhor(a): _____

Endereço: _____

Motivo: _____

SP ___/___/___

Técnico de Referência: _____ RF _____

Telefone: _____ Endereço eletrônico _____

RETORNO DO ENCAMINHAMENTO

De: _____

Para: _____

Atendimento realizado no dia: ___/___/___

Serviço ofertado: _____

Resumo do procedimento: _____

SP ___/___/___

Responsável: _____

REMETENTE

CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS _____

Endereço _____ **Bairro** _____

CEP _____ **Telefone** _____

DESTINATÁRIO

Endereço: _____

PLANO DE DESENVOLVIMENTO FAMILIAR

CAS _____

CRAS _____

Nome do Representante da Família: _____

Nº do NIS/ BDC _____ Nº do RG _____

ANÁLISE DIAGNÓSTICA [Síntese do histórico familiar apresentado/atualizações]

OBJETIVO _____

PLANO DE DESENVOLVIMENTO FAMILIAR

Anexo 4 (verso)

Estratégias de intervenção	Ações a desenvolver		Prazo	Resultados obtidos
	CRAS	Família		

Plano nº _____ Data de elaboração do plano ____/____/_____
 Data de validade do Plano: ____/____/_____ Data para reavaliação do Plano ____/____/_____ Data de desligamento ____/____/_____
 Técnico de referência do atendimento: _____
 Assinatura do responsável pela família _____

FORMULÁRIO DE VISITA DOMICILIAR

CAS _____

CRAS _____

Nome do Técnico que realizou a visita _____

Data: ____/____/____

Nome:	Nº NIS / BDC
Endereço:	
Objetivo da visita:	

Pessoa(s) da Família que conversou(aram) com o técnico	

DEMANDAS APRESENTADAS/ ORIENTAÇÕES / ENCAMINHAMENTOS

DEMANDAS APRESENTADAS / ORIENTAÇÕES / ENCAMINHAMENTOS

REGISTRO DE ATIVIDADES EM GRUPO

CAS	CRAS	Data ____/____/____
Identificação do Grupo: _____		
Local:		
Endereço:		
Técnico de referência da atividade:		
N. Total de Participantes:		
Pauta:		
Metodologia utilizada:		
Síntese das discussões e encaminhamentos:		
Avaliação da atividade - Aspectos Facilitadores:		
Dificuldades Encontradas:		

CARTÃO DO CRAS

Este é seu cartão do CRAS.
Nele serão agendadas as datas para seu comparecimento às atividades de acompanhamento familiar.

**Não deixe de participar!
Fique atento às datas.**

Caso não seja possível seu comparecimento, ligue para o CRAS para agendar nova data.

Prefeitura de São Paulo
Secretaria de Assistência Social
CAS - Coordenadoria de Assistência Social
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social


CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

CRAS: _____
TELEFONE: _____

Nº NIS: _____
Nome do Usuário: _____

CAS: _____
CRAS: _____
Endereço: _____

Técnico de Referência no CRAS: _____


AGENDA DE EVENTOS

Data / Hora	Atividade	Rubrica Técnico

AGENDA DE EVENTOS

Data / Hora	Atividade	Rubrica Técnico

PLANEJAMENTO MENSAL DAS AÇÕES DO CRAS

Anexo 8 (frente)

CAS _____ CRAS _____

Mês _____ / _____

1ª SEMANA – de _____ a _____	NOME DO TÉCNICO	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

2ª SEMANA – de _____ a _____	NOME DO TÉCNICO	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

ASG – atividades socioeducativas em grupo; AE – atendimento a situações de emergência; APR – abordagem à população de rua; AR – articulação com a rede existente no território; AT – atendimento individual; BA – busca ativa das famílias; CT – capacitação/ treinamento; EC – estudo de caso; F – férias; O – outros; PL – planejamento; PCBE – prestação de contas de benefícios eventuais; R – relatórios; RE – reunião de equipe; SE – supervisão de estágio; TR – transferência de renda; VD – visita domiciliar (Obs: P – previsto; R – realizado)

PLANEJAMENTO MENSAL DAS AÇÕES DO CRAS

Anexo 8 (verso)

CAS _____ CRAS _____ Mês _____ / _____

3ª SEMANA – de _____ a _____	NOME DO TÉCNICO		2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
			M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

4ª SEMANA – de _____ a _____	NOME DO TÉCNICO		2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
			M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

ASG – atividades socioeducativas em grupo; AE – atendimento a situações de emergência; APR – abordagem à população de rua; AR – articulação com a rede existente na comunidade/ território; AT – atendimento individual; BA – busca ativa das famílias; CT – capacitação/ treinamento; EC – estudo de caso; F – férias; O – outros; PL – planejamento; PCBE – prestação de contas de benefícios eventuais; R – relatórios; RE – reunião de equipe; SE – supervisão de estágio; TR – transferência de renda; VD – visita domiciliar. (Obs: P – previsto; R – realizado)

Nome do coordenador _____ Local _____ Data ____ / ____ / ____

RELATÓRIO SINTÉTICO MENSAL DAS AÇÕES DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS

CAS _____ CRAS _____ Mês de referência _____ / _____

1. Recursos Humanos

Nome do funcionário	Cargo/RF	Ocorrências funcionais

2. Capacitação

Data	Tema	Carga Horária	Profissionais envolvidos	Unidade/Instituição

3. Reuniões de Equipe

Data	Pauta	Estratégia(s) utilizada	Profissionais envolvidos

4 – Atividades socioeducativas em grupo

Tipo	Quantidade	Tema/ Objetivo	Nº de Participantes

* Tipo (Reuniões, Oficinas e Palestras)

5. Atendimento às Situações de Emergência

Data	Tipo de ocorrência	Profissionais envolvidos	Nº de famílias atendidas	Ações

Coordenador do CRAS

RF _____

Data ____ / ____ / ____

GRADE DE GESTÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – GGCRAS

CAS

SAS

CRAS

Legenda para o Planejamento das Ações nas Dimensões propostas:

- (1) - Relacionar as ações que serão realizadas: ex.: organizar listagens de beneficiários, elaborar cronograma para busca ativa, realizar busca ativa, proceder ao cadastro/ atualização nos sistemas, inserção na rede socioassistencial, etc.,
- (2) - Período de Realização: informar o mês ou meses previstos para cada ação.
- (3) - Identificar o responsável pela ação: ex.: cadastrador, técnico de referência do PAIF, técnico supervisor do serviço.

A – Gestão da Operacionalização de Benefícios:

Ações (1)	Período de Realização (2)	Responsáveis (3)

B – Gestão do PAIF:

Ações (1)	Período de Realização (2)	Responsáveis (3)

C – Gestão do Território:

- Diagnóstico socioterritorial:

Ações (1)	Período de Realização (2)	Responsáveis (3)

- Articulação intersetorial:

Ações (1)	Período de Realização (2)	Responsáveis (3)

- Supervisão e Articulação dos serviços socioassistenciais da PSB:

Ações (1)	Período de Realização (2)	Responsáveis (3)



COORDENADORIA DO OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS SOCIAIS
CENTRO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
CONTROLE MENSAL DE DADOS DE EXECUÇÃO

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL / Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF

CRAS:		Nº Total de Técnicos:		Nº Servidores Administrativos no Atendimento:	
CAS		Nº Técnicos no Atendimento:			
MÊS/ANO:		Nº Total de Servidores Administrativos:		Número de Estagiários:	

A. Atendimento Social

Total de Pessoas Atendidas	A1. Forma de Acesso				A2. Adiantamento Direto	
	Espontâneo	Busca Ativa	Encaminhado pela Rede Socioassistencial	Encaminhado por outras Políticas Públicas	Valor Disponível no Mês (R\$)	
					Valor Gasto no Mês (R\$)	

B. Demandas Apresentadas

B1. Acesso ao Cadastro de Programas Sociais (BDC, Cadúnico, ProSocial)		B8. Foto / Fotocópia		B15. Proteção/Defesa à Pessoa com Deficiência		B22. Acesso ao Trabalho	
B2. Atualização cadastral Prog. Sociais		B9. Transporte Urbano		B16. Proteção / Defesa à Mulher		B23. Acesso a Habitação	
B3. Regularização do benefício de transferência de renda		B10. Passagem Intermunicipal / Interestadual		B17. Proteção / Defesa à Criança/Adolescente em Trabalho Infantil		B24. Acesso a cursos de Capacitação Profissional	
B4. Acesso a Benefício de Prestação Continuada - BPC		B11. Alimentação		B18. Proteção/Defesa à Cça/Adol. Víctima de Violência, Exploração ou Abuso Sexual		B25. Acesso à Previdência Social (aposentadoria / auxílios / pensão)	
B5. Obtenção /Regularização de Documentação Civil		B12. Aquisição de Instrumento de Trabalho		B19. Acesso à Rede Socioassistencial da Proteção Básica		B26. Acesso a Educação	
B6. Pequeno reparo na moradia		B13. Solicitação /Renovação de Carteira do Idoso		B20. Acesso à Rede de Acolhida à População em Situação de Rua		B27. Acesso à Saúde	
B7. Pagamento de Contas		B14. Proteção / Defesa ao Idoso		B21. Acesso a outros serviços de Proteção Social Especial		B28. Outros* (especificar na linha abaixo)	
*Especificação							

C. Benefícios Eventuais Concedidos no mês

D. Encaminhamentos Realizados no mês

C1. Alimentação		C6. Pequeno Reparo / moradia		D1. Educação		D9. Previdência Social - Auxílio / Aposentadoria/ Pensão	
C2. Aliment. p/ viagem		C7. 2ª Via Doc. (Outros Mun.)		D2. Saúde		D10. Previdência Social/BPC	
C3. Transporte Urbano		C8. Instrumento de Trabalho		D3. Trabalho (CAT/ Progr. Qualif. Profiss.)		D11. Outro CRAS	
C4. Pagamento Contas		C9. Passagem Interm./interestadual		D4. Poupatempo		D12. Rede Socioassistencial de Proteção Básica	
C5. Foto/Fotocópia		C10. Outros* (especif. abaixo)		D5. Habitação		D13. CREAS	
*Especificação de outros benefícios concedidos:				D6. Conselho de Direitos		D14. Rede Socioassistencial de Proteção Especial	
				D7. Serviços Sistema de Garantia de Direitos		D15. Inclusão cadastro de Programas Sociais	
C11. Emissão / Revalidação de Declaração de Idoso				D8. SPTrans (Atende, Bilhetes especiais)		D16. Atualização Cadastral	
E. Visitas domiciliares realizadas no mês				D17. Outros* (especificar ao lado)			

Responsável pelas informações	Nome legível	Assinatura	Data
Coordenador do CRAS			



COORDENADORIA DO OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS SOCIAIS
CENTRO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
CONTROLE MENSAL DE DADOS DE EXECUÇÃO

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA
SOCIAL / Serviço de Proteção e Atendimento
Integral à Família - PAIF

CRAS:		Nº da Unidade:											
MÊS/ANO:													

BLOCO 1 - Famílias em Acompanhamento pelo PAIF	
A. Volume de famílias em acompanhamento no PAIF	Total
A1. Total de famílias em acompanhamento pelo PAIF	
A2. Novas famílias inseridas no acompanhamento do PAIF durante o mês de referência	
A3. Nº de Famílias desligadas por ter o <i>Plano de Desenvolvimento Familiar</i> concluído	
A4. Nº de Famílias desligadas por <i>Mudança de endereço</i>	
A5. Nº de Famílias desligadas por <i>Desistência da família</i>	
B1. Perfil de famílias inseridas em acompanhamento no PAIF, no mês	Total
B1. Nº de Famílias em situação de extrema pobreza	
B2. Nº de Famílias beneficiárias do <i>Programa Bolsa-Família</i>	
B3. Nº de Famílias beneficiárias do <i>Programa Bolsa-Família</i> , em descumprimento de condicionalidades	
B4. Nº de Famílias com membros beneficiários do BPC	
B5. Nº de Famílias com crianças / adolescentes no PETI	
B6. Nº de Famílias com adolescentes no <i>Projovem Adolescente</i>	
B7. Nº de Famílias beneficiárias dos demais Programas de Transferência de Renda	
B2. Perfil de famílias em acompanhamento no PAIF, no mês	Total
B8. Nº de Famílias do <i>Programa Renda-Mínima</i>	
B9. Nº de Famílias do <i>Programa Renda-Cidadã</i>	
B10. Nº de Famílias do <i>Programa Ação Jovem</i>	
B11. Nº de Famílias do <i>Programa Bolsa Família</i>	
B12. Nº de Famílias com membros beneficiários do BPC	
B13. Nº de Famílias com crianças / adolescentes no PETI	
B14. Nº de Famílias integrantes de <i>Outros Grupos</i>	

BLOCO 2 - atendimentos individualizados realizados no CRAS	
C. Volume de atendimentos individualizados realizados no CRAS*	Quantidade
C1. Total de atendimentos individualizados realizados, no mês	
C2. Nº de Famílias encaminhadas para inclusão no <i>Cadastro Único</i>	
C3. Nº de Famílias encaminhadas para atualização cadastral no <i>Cadastro Único</i>	
C4. Nº de indivíduos encaminhados para acesso ao BPC	
C5. Nº de Famílias encaminhadas para o CREAS	

* Nos campos C1 a C5 devem ser contabilizadas todas as famílias/indivíduos, independentemente de estarem, ou não, em acompanhamento sistemático do PAIF

BLOCO 3 - atendimentos coletivos realizados no CRAS	
D. Volume dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	Quantidade
D1. Nº de Famílias participando regularmente de grupos no âmbito do PAIF	
D4. Nº de Jovens em <i>Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Jovens de 15 a 17 anos</i>	
D6. Nº de Pessoas que participaram de palestras, oficinas/outras atividades coletivas de caráter não-continuado	
D7. Nº de Pessoas com deficiência participando dos <i>Serviços de Convivência</i> ou dos grupos do PAIF	

Responsável pelas informações	Nome legível	Assinatura	CPF
Coordenador do CRAS			

MANUAL DE ORIENTAÇÃO SOBRE BENEFÍCIOS EVENTUAIS

**ORDEM INTERNA
Nº2/SMADS/2012**

Prefeito

Gilberto Kassab

Secretária Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

Alda Marco Antonio

Secretário Adjunto

Milton Roberto Persoli

Coordenadora Geral de Assistência Social

Angela Eliana De Marchi

Coordenadoria de Proteção Social Básica

Sandra Vanderci Ramos – Coordenadora

Maria Rita Gomes de Freitas

Equipe Técnica

Ana Maria Modolo Diz

Célia Maria Vairo

Márcia Maria Rodrigues

Marli Matos de Godoi

Maria Cristina Boa Nova

Maria Luiza Piccinini

Rita de Cássia M. Lima Siqueira

Rosane da Silva Berthaud

Colaboração Especial

Marina Ziegler – CRAS Ermelino Matarazzo

SUMÁRIO

- Introdução:
 - Características dos Benefícios Eventuais;
 - Marcos legais.

- Operacionalizando a Ordem Interna Nº 2/SMADS/2012

- Orientações quanto à composição do prontuário do usuário

- O Processo de Adiantamento

- Subsídios Técnicos

- Anexos

Introdução

A concessão de benefícios eventuais faz parte da história da SMADS há muito tempo. Em 1993, a Portaria N. 66/FABES anunciava que essa frente de trabalho já existia há mais de 25 anos.

Em suas origens, intitulava-se auxílio financeiro, destinado a “pessoas com problemas de subsistência”. Entre os benefícios ofertados, incluíam-se também os bens relativos a outras políticas públicas, especialmente os vinculados à Saúde como: órteses, próteses, óculos e medicamentos. Com o processo de amadurecimento da Política de Assistência Social e, a partir do Decreto Nº 6.307 de 14 de dezembro de 2007 e da Resolução CNAS N. 39 de 09/12/2010, os benefícios eventuais foram reordenados à luz da PNAS/NOB - SUAS.

Importante destacar, ainda, que o processo de concessão de benefícios eventuais se sujeita a normatização interna de SMADS, alinhada às determinações do MDS, mas, também, segue as exigências normativas da Secretaria de Finanças, que regulamenta a prestação de contas para o uso de recursos públicos.

A seguir, apresentamos um breve histórico das referências legais do município de São Paulo que orientaram o processo de concessão dos benefícios eventuais pela SMADS, de 1988 até o momento atual. Apresentamos, também, os marcos legais sobre o regime de adiantamento e, por último, as disposições de âmbito federal que estabelecem as diretrizes do benefício eventual na perspectiva da política de assistência social.

– Marcos Legais Benefícios Eventuais – âmbito municipal

- ✓ Portaria 29/88 – SEBES de 06/08/88
“Normas para concessão de auxílios financeiros através da rede direta de atendimento à população com problemas de subsistência – APPS direto”;
- ✓ Portaria 30/88 - SEBES de 17/08/88
“Estabelece normas para a concessão de auxílios financeiros através do projeto de atendimento familiar”;
- ✓ Portaria 46/88 - SEBES de 29/10/88

“Estabelece normas para a concessão de auxílios financeiros através da rede direta de atendimento à população com problemas de subsistência”;

✓ Portaria 07/90 - SEBES de 05/06/1990

“Estabelece normas para a concessão de auxílios financeiros através da rede direta para atividade de atendimento a população com problemas de subsistência”;

✓ Portaria 14/90 - SEBES de 14/10/1990

“Revoga a Portaria 30/88 que estabelece normas para a concessão de auxílios financeiros através do projeto de atendimento familiar”;

✓ Portaria 21/92 - SEBES de 17/10/1992

“Dispõe sobre atendimento da população com problemas de subsistência (APPS) por meio de plantões sociais, podendo ou não fazer-se uso da concessão de auxílio financeiro” (revoga as Portarias 7/90 e 46/88);

✓ Portaria 66/93 - FABES de 02/07/1993

“Estabelece procedimentos para a concessão de auxílios através da atividade atendimento à população com problemas de subsistência APPS”;

✓ Portaria 29/2004 - SAS de 31/12/2004

“Aprova a NAS 05/2004 que normatiza as atividades dos Centros de Referência de Assistência Social”;

✓ Portaria 11/2009 - SMADS de 15/05/2009

“Estabelece diretrizes para funcionamento dos CRAS – Centros de Referência de Assistência Social (revoga a Portaria 29/SAS/2004);

✓ Portaria 44/2009 - SMADS de 20/10/2009

“Estabelece diretrizes para funcionamento dos CRAS – Centros de Referência de Assistência Social” (revoga a Portaria N. 11/2009);

✓ Portaria 09/2011 - SMADS de 05/04/2011

“Altera o item “8.2.1 - Benefícios Eventuais: Instrumentos de Trabalho” da Portaria 44 / SMADS / 2009;

✓ Ordem Interna 02/2012 – SMADS de 23/06/2012

“Disciplina a forma de concessão dos Benefícios Eventuais previstos no item 8.2.1 da Portaria 44 / SMADS / 2009.

– **Marcos Legais do Regime de Adiantamento – Leis federais e da Secretaria Municipal de Finanças/Prestação de Contas**

- ✓ Lei 10.513 de 11/05/1988
"Dispões sobre o regime de adiantamento, a que se referem os artigos 68 e 69 da Lei Federal 4320/64, e dá outras providências";
- ✓ Lei 14.159 de 16/05/2006
"Altera a Lei 10513 de 11/05/1998";
- ✓ Decreto 48.592 de 06/08/2007
"Regulamenta o regime de adiantamento previsto na Lei 10.513/88, alterada pela Lei 14.159/2006";
- ✓ Portaria SF 26/2008
"Dispõe sobre os procedimentos para a realização de despesas através do regime de adiantamento";
- ✓ Portaria SF 59/2010
"Altera o item 3.1.7.1 da Portaria 26/08";
- ✓ Portaria SF 19/2011
"Altera a Portaria 26/2008, em vários itens".

– **Marcos Legais sobre Benefícios Eventuais – âmbito federal**

- ✓ LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social - N. 8.742 de 07/12/1993;
- ✓ Resolução N. 212 do CNAS de 19/10/2006;
- ✓ Decreto Federal N. 6.307 de 14/12/2007;
- ✓ Resolução N. 39 do CNAS de 09/12/2010.

Características dos Benefícios Eventuais

A LOAS, em seu artigo 22, define que os "...benefícios eventuais são aqueles que visam ao pagamento de auxílio por natalidade ou morte às famílias cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo"...; e, ainda, em seu § 2º, que "Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de **situações de vulnerabilidade temporária**, com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública".

Segundo a Resolução CNAS 212 de 19/10/2006, os benefícios eventuais são uma modalidade de provisão de proteção social básica de caráter suplementar e temporário que integra organicamente as garantias do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, com fundamentação nos princípios de cidadania e nos direitos sociais e humanos. Destina-se aos cidadãos e às famílias com impossibilidade de arcar por conta própria com o enfrentamento de contingências sociais, cuja ocorrência provoca riscos e fragiliza a manutenção do indivíduo, a unidade da família e a sobrevivência de seus membros.

A Resolução também estabelece critérios e prazos para a regulamentação da provisão de benefícios eventuais (natalidade e morte), e em seu artigo 17 recomenda que o critério de renda mensal *per capita* familiar, para acesso aos benefícios eventuais estabelecido pelo Distrito Federal e pelos municípios, atenda ao que determina a LOAS, que o valor fixado seja igual ou inferior a ¼ do salário mínimo.

A concessão do benefício por morte na cidade de São Paulo é operacionalizada pela Secretaria Municipal de Serviços, sendo assegurada a gratuidade do sepultamento aos munícipes que não tenham condições de arcar com as despesas do funeral, bem como, a gratuidade de algumas taxas, emolumentos e tarifas, quando houver doação de órgão pela família do falecido para transplante. Para maiores informações consulte: www.prefeitura.sp.gov.br – Secretaria de Serviços – Subsídios ou pelo telefone: 0800109850.

O Decreto Federal 6.307, de 14/12/2007, regulamenta as situações em que deverão ser prestados os auxílios por natalidade e por morte, conferindo sua regulação pelos Conselhos de Assistência Social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante critérios e prazos definidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS. Atualmente, o pagamento do auxílio

natalidade se dá pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS somente aos seus contribuintes.

– Operacionalizando a Ordem Interna nº 2/SMADS/2012

É importante ressaltar que a Ordem Interna (OI) é um instrumento jurídico que se caracteriza por determinação da autoridade competente para orientar o corpo técnico sobre procedimentos em relação a uma norma legal, sem que proceda à alteração da norma ou de seu conteúdo¹.

Portanto, a Portaria N. 44/SMADS/2009 não foi revogada. Seus comandos estão em vigência, sendo que apenas o item 8.2.1 foi alterado com a publicação da Ordem Interna N. 2/SMADS/2012 no que se refere aos procedimentos de concessão de benefícios, a fim de que estejam em consonância com a legislação do regime de adiantamento e as orientações do Tribunal de Contas da Cidade de São Paulo.

Para orientar as equipes técnicas dos CRAS e CREAS na operacionalização dos benefícios eventuais, apresentamos, a seguir, cada um dos itens da OI, em seu texto original, seguido das respectivas orientações técnicas:

1) Os Benefícios Eventuais se integram às demais ofertas da Proteção Social Básica para suporte e fortalecimento às pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social. Serão concedidos para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para:

- *Famílias e/ou pessoas identificadas em situação de extrema pobreza;*
- *Famílias e/ou pessoas sem documentação;*
- *Famílias e/ou pessoas sem domicílio;*
- *Famílias e/ou pessoas vitimizadas por violência, ameaça à vida, perdas circunstanciais decorrentes de rupturas familiares;*
- *Famílias e/ou pessoas sem condições ou meios para suprir a reprodução social cotidiana;*
- *Outras situações identificadas pelo técnico de assistência social como imprescindíveis à sobrevivência da família e seus membros.*

¹ Orientação da Assessoria Jurídica de SMADS.

Deve-se observar que os demandatários que receberão o benefício eventual devem residir na área de abrangência do CRAS. Quando da ocorrência de solicitação por pessoa em situação de rua, dar preferência a encaminhá-la para serviço de acolhimento institucional, articulando o estudo do caso com os profissionais do serviço, avaliando a concessão do benefício pleiteado.

Estrangeiros poderão ser atendidos desde que apresentem o Registro Nacional de Estrangeiro (RNE), documento que no Brasil atesta a identidade de indivíduos não brasileiros com residência temporária ou permanente no território da federação (expedido pelo Ministério da Justiça, através das unidades da Polícia Federal) ou ainda o Cadastro de Pessoas Físicas – CPF.

A concessão de benefícios eventuais a pessoa com idade inferior a 18 anos somente será possível se a mesma for emancipada legalmente.

É vedada a concessão de benefício eventual ao servidor municipal, pois contraria o artigo 90 da Lei 8989/79.

Vale ressaltar que cada beneficiário poderá receber mais de um benefício no mês, desde que comprovada a necessidade pelo estudo social e que não ultrapasse o valor de 01 (um) salário mínimo nacional.

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

O Caderno de Orientações Técnicas do PAIF orienta que os beneficiários de benefícios eventuais sejam incluídos no PAIF. “Neste sentido, os benefícios eventuais podem configurar-se como elementos potencializadores da proteção ofertada pelos serviços de natureza básica ou especial, contribuindo, dessa forma, com o fortalecimento das potencialidades de indivíduos e familiares, dos vínculos familiares e da convivência e participação comunitária”².

A inclusão do beneficiário no PAIF quer seja na modalidade atendimento ou acompanhamento, é formalizada por meio do preenchimento do *Formulário de Identificação do Usuário* (anexo 1

² Caderno de Orientações Técnicas sobre o PAIF – Vol. 01, p. 37

da Portaria N. 44/SMADS/2009), que dá início ao prontuário do usuário.

3) Alimentação

- a) *A SMADS fará a concessão do benefício, mediante a entrega de cesta de alimentos não perecíveis com o objetivo de atender as necessidades alimentares de uma família de até 04 pessoas, pelo período de trinta dias.*
- b) *As cestas de alimentos serão disponibilizadas pela SMADS, que providenciará sua aquisição mediante a instauração de processo licitatório, mantendo-se estoque suficiente para atendimento no Almoxarifado Central³.*
- c) *Para promover a concessão do benefício o coordenador do CRAS/CREAS deverá providenciar a solicitação por meio de encaminhamento do instrumental de solicitação (**Anexo 01**) para o Almoxarifado Central da SMADS.*
- d) *A continuidade da concessão deste benefício deverá ser avaliada mediante superação da situação emergencial, respeitando-se o limite de três concessões ao ano.*
- e) *O recibo (**Anexo 02**) deverá compor o prontuário do usuário.*

A operacionalização administrativa do benefício eventual de Alimentação se dará na seguinte forma:

- As cestas de alimentos deverão ser solicitadas ao Almoxarifado Central por meio do Instrumental de Solicitação (**Anexo 01**) pelo coordenador do CRAS, com periodicidade quinzenal;

³ Recomendações de armazenamento no CRAS: verificar no ato do recebimento se as embalagens estão íntegras, sem deformações, sujidades e sinais de violação; as caixas não devem ficar em contato com o chão, devem ser guardadas em estrados ou prateleiras afastadas sempre afastadas das paredes (solicitar estrados no almoxarifado se necessário); observar sempre a data da validade dos produtos; utilizar sempre as cestas com vencimento mais próximo; as cestas não devem ser armazenadas junto com materiais de limpeza. Sugere-se que a cada entrega, faça-se uma avaliação das condições dos alimentos que compõem a cesta, abrindo aleatoriamente, uma ou duas caixas para verificar a integridade dos produtos e caso observe produtos impróprios para consumo (estragados, carunchados, entre outros) informe o Almoxarifado para as providências cabíveis. SMADS/CPSB- Nutrição- Manual Prático para uma Alimentação Saudável – pg. 38.

- A entrega deverá ser programada, levando-se em conta a capacidade de armazenamento de cada CRAS e a disponibilidade do Almojarifado Central;
- O número de cestas de alimentos por família deve respeitar o limite de 01 cesta para famílias com até 03 pessoas e 02 cestas para as demais famílias.
- A CAS poderá remanejar a cota de cestas entre seus CRAS, desde que o número total previsto para cada CAS não seja excedido;

Segue, abaixo, a previsão do número de cestas de alimentos por CRAS/CAS, elaborada a partir da disponibilidade do contrato atual de cestas de alimentos do Almojarifado Central; do número médio de pessoas da família brasileira segundo o IBGE (3,1 pessoas por família/Censo 2010); da atual composição de quantidade de alimentos das cestas e da média de benefícios concedidos por CRAS no quadrimestre fevereiro-maio de 2012.

CAS	CRAS	N. MENSAL DE CESTAS DE ALIMENTOS
LESTE	Cidade Tiradentes	40
	Ermelino Matarazzo	60
	Guaianases	20
	Lajeado	10
	Itaím Paulista	60
	Itaquera	30
	Cidade Lider	40
	São Mateus	60
	Iguatemi	30
	São Miguel Paulista	44
	TOTAL	394

CAS	CRAS	N. MENSAL DE CESTAS DE ALIMENTOS
CENTRO OESTE	Butantã	60
	Lapa	44
	Pinheiros	10
	Sé	86
	TOTAL	200

CAS	CRAS	N. MENSAL DE CESTAS DE ALIMENTOS
SUDESTE	Aricanduva	50
	Ipiranga	70
	Jabaquara	50
	Mooca	66
	Penha	14
	Artur Alvim	14
	Vila Mariana	30
	Vila Prudente I	64
	Vila Prudente II	44
	TOTAL	402

CAS	CRAS	N. MENSAL DE CESTAS DE ALIMENTOS
NORTE	Casa Verde	20
	Cachoeirinha	44
	Freguesia do Ó	90
	Brasilândia I	66
	Brasilândia II	10
	Brasilândia III	60
	Perus	60
	Anhanguera	60
	Pirituba	60
	Jaraguá	60
	Santana	30
	Vila Maria/Guilherme	40
	Vila Medeiros	30
	Jaçanã	30
	Tremembé	30
	TOTAL	690

CAS	CRAS	N. MENSAL DE CESTAS DE ALIMENTOS
SUL	Campo Limpo	40
	Capão Redondo	10
	Capela do Socorro	80
	Grajaú	54
	Cidade Ademar	80
	M'Boi Mirim	160
	Parelheiros	80
	Santo Amaro	50
	TOTAL	554

A operacionalização técnica do trabalho com famílias para este benefício se efetivará por meio de atividade socioeducativa de Educação Nutricional, cujo material de apoio, elaborado pelas nutricionistas de SMADS, se encontra ao final deste documento, como Subsídios Técnicos.

4) Aquisição e/ou manutenção de instrumentais para inserção produtiva e pequenos reparos em moradia:

a) A concessão do benefício "aquisição e/ou manutenção de instrumentos de trabalho" importa em viabilizar a aquisição de instrumentos de trabalho, documentação e materiais de consumo para inserção produtiva do beneficiário, o qual será determinado pelo acompanhamento social, no valor de até 01 (um) salário mínimo.

A Portaria Nº 09/SMADS/2011 alterou a redação do item 8.2.1. - Benefícios Eventuais, da Portaria 44/SMADS/2009 para:

"Instrumentos de Trabalho⁴: aquisição e manutenção de instrumentos de trabalho, documentação pessoal, matéria-prima e materiais de consumo para inserção produtiva do beneficiário."

Este benefício se constitui numa ferramenta estratégica para a garantia do acesso dos usuários ao mundo do trabalho, "... por meio de um conjunto integrado de ações das diversas políticas, cabendo à assistência social ofertar ações de proteção social que viabilizem a promoção do protagonismo, a participação cidadã, a mediação do acesso ao mundo do trabalho e a mobilização social

⁴ Exemplos de instrumentos de trabalho: máquina de costura, máquina de sorvete, ferramentas para eletricista, encanador, mecânico, instrumentos para manicure, cabeleireiro, materiais para artesanato, etc.

para a construção de estratégias coletivas” (Resolução CNAS N. 33/2011).

Trata-se, portanto, de identificar as capacidades e potencialidades dos usuários para sua inclusão no mundo do trabalho, quer seja por sua inclusão em cursos de capacitação profissional, como por exemplo, o Programa ACESSUAS TRABALHO (PLANO BRASIL SEM MISÉRIA/PRONATEC), quer seja pela concessão de instrumentos de trabalho, material de consumo para inserção produtiva e documentação afeta ao exercício da atividade produtiva.

Este tipo de benefício deverá ser concedido uma única vez, até o limite de um salário mínimo vigente (Anexo 10 da Portaria 44/ SMADS/2009). Faz-se necessário a apresentação prévia de três orçamentos, devendo o técnico optar pelo benefício equivalente ao orçamento apresentado de menor preço.

Ressaltamos que não poderão ser comprados alimentos como “matéria-prima ou material de consumo”, mesmo que se configurem como tais na atividade desenvolvida pelo beneficiário. Isso se dá em virtude da legislação da Vigilância Sanitária – Portaria SMS 2619/2011.

b) A concessão de benefício eventual para pequenos reparos na moradia será realizada, mediante o pagamento dos itens identificados como necessários no máximo 03 (três) vezes ao ano, sendo o limite de 01 salário mínimo por concessão.

Este benefício tem o objetivo de evitar ou diminuir riscos e danos, oferecendo maior segurança para a família em situação de vulnerabilidade social. É caracterizado por pequenas intervenções ou reparos no imóvel, que influenciarão na prevenção ou minimização de riscos.

Os pequenos reparos da moradia não podem se caracterizar como construção, ampliação ou reforma do imóvel. São exemplos de pequenos reparos na moradia: troca de torneira, de válvula de banheiro, reposição de porta ou portão que comprometam a segurança, materiais para reparo em parede úmida resultando em conseqüências para a saúde, e outros de pequenas dimensões.

c) Estes benefícios serão concedidos pelo regime de adiantamento direto e no que se refere à aquisição de bens, os mesmos serão considerados permanentes ou não, em conformidade com o disposto na Portaria n.º 448, de 13/09/2002, do Ministério da Fazenda/Secretaria do Tesouro Nacional.

Tanto para a aquisição e manutenção de instrumentos de trabalho como para pequenos reparos na moradia, deverão ser apresentados três orçamentos, cabendo ao técnico optar pelo benefício equivalente ao orçamento apresentado de menor preço.

O texto da referida Portaria está anexado ao final deste documento, no item Legislação.

3.3. Outras situações identificadas pelo técnico:

a) Poderá ser concedido benefício no valor de até 01 (um) salário mínimo, por concessão, até 03 (três) vezes ao ano por beneficiário, quando constatado pelo técnico que a concessão é imprescindível à sobrevivência e/ou emancipação da família e seus membros.

b) Estes benefícios serão concedidos pelo regime de adiantamento direto e no que se refere à aquisição de bens, os mesmos serão considerados permanentes ou não, em conformidade com o disposto na Portaria n.º 448, de 13/09/2002, do Ministério da Fazenda / Secretaria do Tesouro Nacional.

O benefício intitulado **Outras situações** apresenta ao técnico de assistência social, a partir do estudo social da família ou indivíduo, a possibilidade de conceder outros benefícios que não se enquadram nos benefícios eventuais já apresentados.

Não são provisões da política de assistência social, os itens inerentes à área da saúde⁵.

É importante ressaltar que, após identificar a necessidade, o técnico deverá avaliar se a legislação municipal que regulamenta o adiantamento direto permite realizar a despesa.

Para sua concessão é necessário realizar três orçamentos, sendo que a escolha recairá sobre o menor preço dentre os orçamentos apresentados, conforme determina o Anexo 10 da Portaria 44/SMADS/2009.

4) Os benefícios eventuais descritos nos itens 3.2 e 3.3, viabilizados pelo regime de adiantamento direto, deverão seguir os procedimentos e a legislação municipal que regulamentam o tipo de despesa, devendo ser utilizado o Anexo 03 como recibo.

⁵ Resolução CNAS n.39 de 09 de dezembro de 2010- artº 1º.

Disponibilizamos ao final do documento, no item **Subsídios Técnicos**, cópia da apostila elaborada pelo Tribunal de Contas do Município de São Paulo, que orienta uso do regime de Adiantamento.

5) A oferta dos demais itens identificados como "Benefícios Eventuais", quais sejam as provisões socioassistenciais de documentação civil, fotografia e fotocópia continuam a ser viabilizadas pelo CRAS, por meio da articulação e encaminhamento aos Cartórios de Registro Civil, Centros de Integração da Cidadania – CIC, Poupatempo e outros.

Com relação à documentação civil, atentar para a Lei Federal N. 9.534/97⁶ e para os recursos que disponibilizam esses serviços:

- Cartórios de Registro Civil;
- Poupatempo;
- Centro de Integração da Cidadania⁷ - CIC.

Quando a emissão de documentação pessoal exigir fotografia, o técnico de assistência social deve verificar os novos procedimentos adotados pelos Governos Federal e Estadual, que utilizam imagem digital. Quando isto não ocorrer, a concessão de fotografia se dará por meio do benefício eventual **Outras situações**, mantendo-se as orientações do Anexo 10 da Portaria 44/SMADS/2009 quanto ao valor e período de concessão.

6) Os benefícios eventuais "transporte urbano" e "pagamento de contas de água e luz em atraso" poderão ser concedidos, em caráter excepcional, a critério do técnico, e poderão ser viabilizados também, quando for o caso, por meio de adiantamento direto.

Quando o estudo social indicar a necessidade de concessão de **transporte urbano**, o técnico deverá se pautar no Anexo 10 da Portaria 44/SMADS/2009 quanto a valor e período de concessão.

⁶ A Lei Federal N. 9.534, de 10/12/1997, artigo 1º, estabelece: "Não serão cobrados emolumentos pelo registro civil de nascimento e pelo assento de óbito, bem como pela primeira certidão respectiva":

§ 1º: "Os reconhecidamente pobres estão isentos de pagamento de emolumentos pelas demais certidões extraídas pelo Cartório de Registro Civil";

§ 2º: "O estado de pobreza será comprovado por declaração do próprio interessado ou a rogo, tratando-se de analfabeto, neste caso, acompanhada da assinatura de duas testemunhas".

⁷ O CIC oferece, entre suas atividades, a requisição gratuita de segunda via de certidões para outros estados da federação. Informações no site www.justica.sp.gov.br

Para as demandas oriundas do desemprego, mediante critérios, existe o atendimento de transporte ao desempregado pela EMTU e Metrô de São Paulo. (Informações no site: www.cidadao.sp.gov.br)

Com relação a pagamento de concessionárias de água e luz, as empresas Sabesp e Eletropaulo possuem programas sociais próprios destinados a famílias em situação de vulnerabilidade social. A concessão desse benefício deverá ser precedida de encaminhamento do usuário a essas concessionárias para negociação e parcelamento da dívida e inclusão da família na tarifa social. Poderá ser realizado até três vezes ao ano, no limite de até um salário mínimo por família.

Ambos os benefícios serão viabilizados na modalidade **Outras situações**, respeitando-se as orientações da Portaria 44/SMADS/2009 para o pagamento de contas de água e luz em atraso:

- O beneficiário deverá apresentar documento comprobatório – conta em nome do usuário/família;
- Cópia da conta quitada deverá ser anexada ao processo de prestação de contas.

Ressaltamos que ao receber a demanda para pagamento de tarifas públicas, deve-se observar quem é o titular da conta. Esse deverá ser o próprio beneficiário, isto é, aquele que assina o recibo de concessão de benefícios.

No caso do atendimento ser prestado a uma pessoa e a conta estar em nome de outra pessoa da família, verificar se o titular é pessoa que **convive no domicílio**. Nesse caso, anexar ao prontuário e ao processo de prestação de contas, cópia de documentos pessoais que comprovem o parentesco (ex. no caso de pais e filhos: RG do titular da conta + RG de quem assinou o recibo; no caso de marido e mulher: Certidão de Casamento; no caso de companheiros: RG do casal + certidão de um filho em comum, etc). Em caso de aluguel, uma cópia do recibo de pagamento poderá ser anexada ao processo, como prova da locação.

Verificar se não há divergência entre o endereço constante das contas a serem pagas e o informado pelo usuário.

Atentar para realizar apenas o pagamento de contas já vencidas. Somente as parcelas de acordo de débitos poderão ser pagas antes do seu respectivo vencimento, pois já se configuram como contas em atraso.

7) Em relação à concessão do benefício eventual denominado passagens intermunicipais e interestaduais, o CRAS/CREAS deve atuar em rede com o Serviço Núcleo do Migrante na atenção a pessoas/famílias em situação de risco pessoal e social que desejam residir em outro município / estado, em busca de melhores condições de vida. O encaminhamento deverá ser precedido pelo estudo social, análise e deferimento do técnico de assistência social.

A concessão de passagens será realizada pela atuação em rede entre os CRAS e CREAS da cidade e o serviço Núcleo do Migrante.

Não há limite de valor para esse benefício (desde que não ultrapasse ao valor de referência estabelecido para cada CRAS), porém, o atendimento é único. Observar que crianças até 05 anos de idade não pagam passagens. Verificar, no estudo do caso, se todos os viajantes possuem documentação pessoal. Caso contrário, tomar as providências cabíveis.

Apresentamos, a seguir, tabela de valores por CAS e CRAS, o fluxo e os procedimentos que deverão ser operacionalizados por cada um dos envolvidos no processo de concessão. A indicação de valores baseou-se no valor total aditado ao termo de convênio do serviço Núcleo do Migrante para o item **Passagens** e a média de concessão de passagens pelos CRAS nos meses de setembro/2011 a fevereiro/2012.

A CAS poderá remanejar os valores indicados entre os CRAS de seu território, segundo as necessidades que se apresentarem no mês.

CAS	CRAS	VALOR DE REFERÊNCIA PARA PASSAGENS VIA NÚCLEO DO MIGRANTE
CAS NORTE	Casa Verde	R\$ 355,00
	Cachoeirinha	R\$ 355,00
	Freguesia do Ó	R\$ 590,00
	Brasilândia I	R\$ 355,00
	Brasilândia II	R\$ 355,00
	Brasilândia III	R\$ 355,00
	Perus	R\$ 950,00
	Anhanguera	R\$ 450,00
	Pirituba	R\$ 950,00
	Jaraguá	R\$ 950,00
	Santana	R\$ 355,00
	Vila Maria/Guilherme	R\$ 950,00
	Vila Medeiros	R\$ 355,00
	Jaçanã	R\$ 355,00
	Tremembé	R\$ 355,00
		Sub-Total

CAS	CRAS	VALOR DE REFERÊNCIA PARA PASSAGENS VIA NÚCLEO DO MIGRANTE
CAS CENTRO OESTE	Butantã	R\$ 2.360,00
	Lapa	R\$ 355,00
	Pinheiros	R\$ 355,00
	Sé	R\$ 9.440,00
		Sub-Total

CAS	CRAS	VALOR DE REFERÊNCIA PARA PASSAGENS VIA NÚCLEO DO MIGRANTE
CAS SUDESTE	Aricanduva/Formosa	R\$ 355,00
	Ipiranga	R\$ 590,00
	Jabaquara	R\$ 950,00
	Mooca	R\$ 950,00
	Penha	R\$ 355,00
	Artur Alvim	R\$ 355,00
	Vila Mariana	R\$ 355,00
	Vila Prudente I	R\$ 950,00
	Vila Prudente II	R\$ 950,00
	Sub-Total	R\$ 5.810,00

CAS	CRAS	VALOR DE REFERÊNCIA PARA PASSAGENS VIA NÚCLEO DO MIGRANTE
CAS LESTE	Cidade Tiradentes	R\$ 1.180,00
	Ermelino Matarazzo	R\$ 450,00
	Guaianases	R\$ 355,00
	Lajeado	R\$ 355,00
	Itaím Paulista	R\$ 830,00
	Itaquera	R\$ 950,00
	Cidade Lider	R\$ 590,00
	São Mateus	R\$ 950,00
	Iguatemi	R\$ 590,00
	São Miguel Paulista	R\$ 830,00
	Sub-Total	R\$ 7.080,00

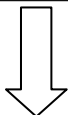
CAS	CRAS	VALOR DE REFERÊNCIA PARA PASSAGENS VIA NÚCLEO DO MIGRANTE
CAS SUL	Campo Limpo	R\$ 2.950,00
	Capão Redondo	R\$ 2.950,00
	Capela do Socorro	R\$ 1.060,00
	Grajaú	R\$ 950,00
	Cidade Ademar	R\$ 1.180,00
	M'Boi Mirim	R\$ 2.360,00
	Parelheiros	R\$ 1.180,00
	Santo Amaro	R\$ 1.180,00
	Sub-Total	R\$ 13.810,00

Nota: O endereço do Núcleo do Migrante é Avenida Cruzeiro do Sul, 1800 – nas dependências do Terminal Rodoviário Tietê.
 Telefones: 2251-1138 e 2089-1685
 Coordenadora: Mariela Piacentini Armilhato
 E-mail: naf.tiete@uol.com.br

A comunicação entre CRAS e Núcleo do Migrante se efetivará por meio do e-mail institucional de cada um dos CRAS e do serviço Núcleo do Migrante, que receberá listagem contendo as seguintes informações: nome do CRAS, nome do coordenador do CRAS, endereço, telefone, e-mail.

Fluxo para concessão de passagens intermunicipais e interestaduais

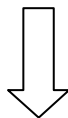
**TÉCNICO DO CRAS / CREAS REALIZA ATENDIMENTO E ESTUDO SOCIAL
(formulário de identificação do usuário)**



**COORD. DO CRAS / CONTATA O SERVIÇO NÚCLEO DO MIGRANTE E
INFORMA :**

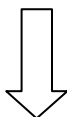
- **N. DE PASSAGENS ;**
- **DESTINO E**
- **NECESSIDADE DO AUXÍLIO -ALIMENTAÇÃO**

ENCAMINHA ESTUDO SOCIAL, POR MEIO ELETRÔNICO



**NÚCLEO DO MIGRANTE:
INFORMA AO CRAS / CREAS :**

- **DATA;**
- **HORÁRIO DE EMBARQUE E**
- **HORÁRIO DE APRESENTAÇÃO AO SERVIÇO**



**CRAS / CREAS – ORIENTA E ENCAMINHA O MUNÍCIPE PARA A RETIRADA DA
PASSAGEM NO NÚCLEO DO MIGRANTE
(formulário de encaminhamento)**



NÚCLEO DO MIGRANTE :

- **CONFERE O ENCAMINHAMENTO E DOCUMENTOS DO BENEFICIÁRIO ;**
- **COLHE A ASSINATURA NO RECIBO DE CONCESSÃO ;**
- **ENTREGA A PASSAGEM AO MUNÍCIPE ;**
- **INFORMA AO CRAS/CREAS QUE A CONCESSÃO FOI EFETIVADA .**

Procedimentos técnicos e administrativos para concessão de passagens intermunicipais e interestaduais

1) Do Técnico de Assistência Social do CRAS:

- Proceder ao estudo do caso, preenchendo o “Formulário de Identificação do Usuário” (Anexo I da Portaria 44/SMADS/2009⁸), com os dados dos documentos dos viajantes (tipo, nº, expedição, data), indicando a necessidade de auxílio alimentação. Enviar para o coordenador do CRAS em formato digital, com data, nome e RF do técnico responsável. Faz-se necessário que o “Formulário de Identificação do Usuário” original esteja arquivado no prontuário do beneficiário, com letra legível, assinatura e carimbo do técnico.
- Pesquisar o valor da passagem, pela internet, informando ao Coordenador do CRAS quando o mesmo ultrapassar a meta prevista para o seu CRAS.
- Proceder à orientação das famílias quanto ao embarque de crianças e adolescentes. O ECA estabelece em seu artigo 2º: “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até 12 anos de idade”. Em seu artigo 83, estabelece que “nenhuma criança poderá viajar para fora da comarca onde reside desacompanhada dos pais ou responsável, sem expressa autorização judicial”. Também, em seu artigo 85, define: “Sem prévia autorização judicial, nenhuma criança ou adolescente, nascido em território nacional, poderá sair do país em companhia de estrangeiro residente ou domiciliado no exterior”. Estabelece, ainda, que adolescentes maiores de 12 anos podem viajar desacompanhados. Anexar ao estudo social cópia de autorização dos pais ou responsáveis se for o caso.
- Proceder à orientação quanto ao dia e horário de embarque: - contatar o beneficiário e entregar o formulário de Encaminhamento de Referência do CRAS (Anexo 3 da Portaria 44), com o endereço e horário de sua apresentação no Núcleo do Migrante para retirada de passagens e posterior embarque.

⁸ Este Anexo foi complementado com informações para o Estudo Social. Segue encartado no item Anexos deste documento.

Nota: O Núcleo do Migrante irá realizar a compra das passagens, somente com a presença do usuário e sua família (se for o caso), no dia do embarque. Portanto, o não comparecimento do usuário encaminhado será considerado desistência.

2) Do Coordenador do CRAS:

- Orientar e acompanhar o técnico do CRAS a realizar os procedimentos previstos para a concessão do benefício eventual de passagens;
- Articular com o coordenador de CREAS a demanda de seus usuários para concessão de passagem, bem como informar sobre a aquisição do benefício pelo Núcleo do Migrante. Esses usuários deverão ser moradores da área de abrangência do CRAS;
- Contatar o Núcleo do Migrante por email, encaminhando as solicitações de compra de passagem, informando quantidade, destino, necessidade de auxílio-alimentação para a viagem. Anexar arquivo com as Fichas de Identificação dos Usuários, contendo na conclusão do estudo social a necessidade do benefício eventual de passagens, com nome completo e RF do técnico de assistência social – CRAS ou CREAS e do Coordenador do CRAS. Solicitar confirmação do recebimento do email e em caso da impossibilidade do envio digital, realizar a solicitação por telefone e remeter os formulários diretamente ao serviço;
- Remeter ao Núcleo do Migrante, bem como ao Supervisor de Administração e Finanças da CAS, ao final de cada mês, a previsão de passagens para o mês seguinte, respeitando o limite de valor estabelecido para o CRAS;
- Monitorar os gastos com passagem, para não exceder ao valor previsto para o seu CRAS. Caso surjam situações emergenciais, que ultrapassem o valor previsto para esta despesa, encaminhar email ao Supervisor de Administração e Finanças da CAS, que verificará com os demais Coordenadores de CRAS a possibilidade de remanejamento de verba.

3) Do Coordenador do CREAS:

- Em situações que não se configurem como **recâmbio**⁹, o coordenador do CREAS deverá solicitar, por e-mail, ao Coordenador de CRAS do território de moradia do munícipe, a reserva de recurso, informando custo da passagem, local e quantidade;
- Orientar e acompanhar o técnico de assistência social do CREAS a realizar os procedimentos previstos para a concessão do benefício eventual de passagens, conforme descrito no item 1.

4) Do Supervisor de Administração e Finanças da CAS:

- Acompanhar mensalmente o gasto com passagens dos CRAS (que inclui as demandas de CREAS) de sua área de abrangência;
- Ao identificar divergências de valores, deve contatar o Coordenador do CRAS que apresentou a divergência;
- Negociar com os demais Supervisores de Finanças das CAS, situações emergenciais que ultrapassem o valor de referência estipulado para a sua CAS;

5) Serviço Núcleo do Migrante:

- Receber a demanda dos CRAS e monitorar os gastos por CAS;
- Confirmar ao CRAS a disponibilidade de passagens nos termos requisitados;
- Proceder à compra das passagens, segundo as conclusões do estudo Social dos CRAS/CREAS, apontadas no "Formulário de Identificação do Usuário", na presença do usuário encaminhado;
- Proceder a compra de Kits de alimentação para as viagens de longa duração, conforme indicação dos CRAS/CREAS;

⁹ A Central de Atendimento Permanente de Emergência – CAPE – dispõe de verba para compra de passagens para estas situações.

- Conferir os dados do beneficiário antes de adquirir a passagem; efetivar os procedimentos necessários para prestação de contas e arquivo da documentação (tirar fotocópia da passagem, preencher recibo de entrega, colher sua assinatura, etc);
- Arquivar o estudo social enviado pelo CRAS/CREAS juntamente com o formulário de encaminhamento; o recibo de entrega devidamente assinado e cópia da passagem;
- Destinar bilhete de metrô para embarques nos Terminais Barra Funda e Jabaquara, quando necessário;
- Preparar a documentação relativa à Prestação de Contas, nos moldes estabelecidos na minuta de convênio.

Orientações quanto a composição do prontuário do usuário beneficiário de Benefício Eventual

- ✓ O prontuário do usuário deverá conter os instrumentais indicados na Portaria 44/SMADS/2011, com dados atualizados e com o relato das novas situações apresentadas pelo usuário. Configura-se como registro de informações para conhecimento e análise da situação vivida por uma determinada pessoa ou família, bem como das estratégias adotadas para redução das situações de vulnerabilidades que incidem elas.
- ✓ Organizar os prontuários em local específico, apropriado e seguro, por conter informações pessoais e sigilosas, sendo que o acesso deverá obedecer ao código de ética profissional. Eles poderão ser requisitados, a qualquer momento, para consulta de auditorias interna ou externa como, por exemplo, pelo Tribunal de Contas do Município.
- ✓ Os prontuários deverão permanecer arquivados por cinco anos, juntamente com cópias de recibos de concessão de benefícios eventuais; de contas quitadas; de recibos, notas ou cupons fiscais; de comprovante ou documento de titularidade das contas e outros incluídos no processo de adiantamento.

O Processo de Adiantamento¹⁰

O numerário recebido a título de adiantamento é depositado em conta corrente de instituição financeira oficial da Prefeitura¹¹, que não poderá ser utilizada para qualquer outra finalidade. A movimentação da conta bancária será efetuada pela emissão de cheques ou utilização de cartão magnético.

É importante que o Coordenador do CRAS esteja atento aos seguintes procedimentos para a utilização da verba de adiantamento¹²:

- ✓ As despesas só poderão ser realizadas dentro do mês;
- ✓ Não se deve realizar despesa ANTES do crédito do adiantamento em conta corrente (a data dos comprovantes deverá ser igual ou posterior à data do depósito);
- ✓ Não efetuar compras com data posterior ao mês de referência do adiantamento. Todos os documentos fiscais comprobatórios deverão ter a sua data de emissão, dentro do próprio mês de referência da verba;
- ✓ Não é possível compensar a compra de meses anteriores, na prestação de contas em vigência;
- ✓ Não é permitido atender despesas maiores do que as quantias adiantadas;
- ✓ O responsável pelo adiantamento poderá sacar até no máximo 10% do valor do adiantamento para despesas emergenciais;
- ✓ Saques que ultrapassem ao valor máximo de 10% da verba de adiantamento deverão ser devidamente justificados e só deverão ser realizados após a autorização por escrito do titular da unidade de execução orçamentária e financeira da SMADS.

¹⁰ Decreto Municipal nº 48.592/2007 - regulamenta as Leis Municipais nº 10.513/1988 e nº 14.159/2006 - "Art. 1º. O regime de adiantamento previsto na Lei nº 10.513, de 11 de maio de 1988, alterada pela Lei nº 14.159, de 16 de maio de 2006, consiste na disponibilização de recursos financeiros a servidor municipal, sempre precedida de empenho onerando dotação própria, para o fim de realizar despesas de pronto pagamento que não possam subordinar-se ao processo normal de aplicação."

¹¹ Decreto Municipal nº 48.592/2007 - Art. 8º. Os processos de adiantamento fundamentados nos incisos V e VI do artigo 2º da Lei Municipal nº 10.513/1988, poderão ser formalizados em nome de qualquer servidor lotado no Órgão ou Unidade, que se responsabilizará pela prestação de contas.

¹² Portaria SF 26/2008, e Portaria SF nº 59/2012 - Ver síntese no item Subsídios deste Manual.

Prestação de Contas¹³

A prestação de contas do processo de adiantamento deve ser realizada a partir da apresentação dos seguintes documentos comprobatórios da execução da despesa:

- Notas fiscais de venda ou notas fiscais de serviços, devidamente quitadas pelo fornecedor ou prestador de serviço por meio de recibo de pagamento ou de aposição de carimbo identificador da empresa, datado e assinatura pelo preposto, no verso da nota fiscal;
- Recibos de comprovação de despesas, fornecidos pelas entidades não obrigadas à emissão de documento fiscal, devendo constar identificação do CNPJ, carimbo identificador da empresa, data e assinatura do preposto;
- Demonstrativo da movimentação financeira (extrato bancário) e cheques cancelados, quando for o caso.

Observações:

- Ficam dispensadas de quitação as Notas Fiscais ao consumidor e os cupons fiscais.
- Os cheques cancelados devem compor o processo de prestação de contas.

É importante observar os seguintes procedimentos:

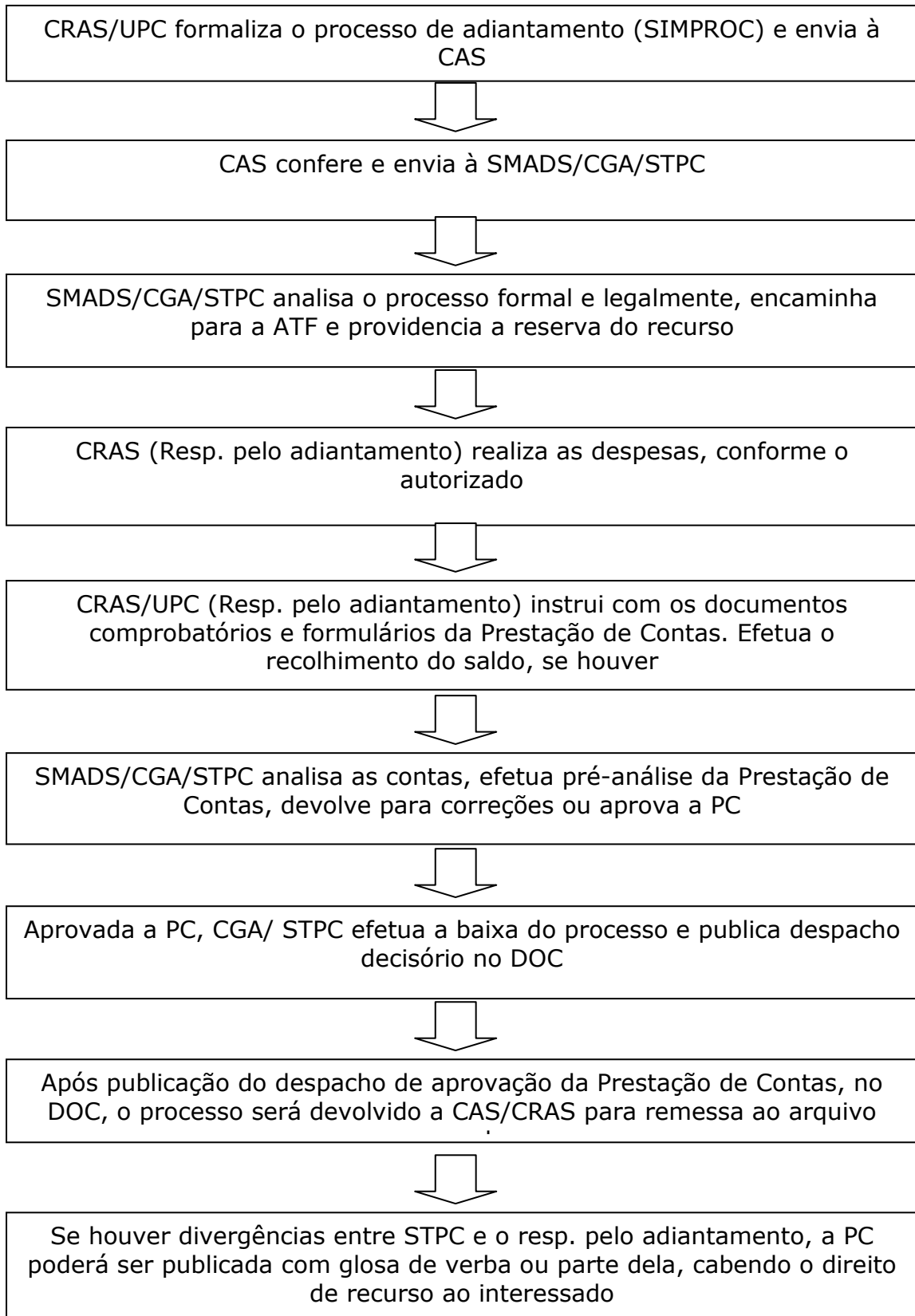
- ✓ Após o atendimento, o técnico deverá preencher o recibo de concessão de benefício eventual, em duas vias, com caneta preta ou azul, sem rasuras ou emendas;
- ✓ Não mudar a cor de tinta da caneta durante o preenchimento. Isso poderá gerar a impressão de preenchimento fragmentado, ou seja, em tempos diferentes, e não no ato de apresentação do mesmo para assinatura do beneficiário;
- ✓ Estabelecer fluxo de atendimento dos benefícios eventuais, de modo a estar de posse do recibo preenchido, correta e completamente, no ato da assinatura do usuário;
- ✓ Se for concedido mais de um benefício ao mesmo usuário, estes deverão ser registrados em recibos separados (não há

¹³ Portaria Secretaria de Finanças (SF) nº 206/2008 – Ver síntese no item Subsídios deste Manual.

campo para totalização e é possível que as datas de emissão das aquisições sejam diferentes);

- ✓ O original do recibo segue com o processo de adiantamento. A cópia deve ser arquivada no prontuário do usuário;
- ✓ Se o beneficiário não possuir documento de identificação (RG ou CTPS) e/ou não for alfabetizado, ou ainda, não possuir residência fixa, será tomada a sua impressão digital sendo o recibo assinado a rogo por duas testemunhas, com indicação do seu nome completo, endereço e nº RG;
- ✓ As cópias das contas de energia elétrica e de água deverão estar com a quitação de pagamento e, se for o caso, dos documentos comprobatórios da titularidade das contas;
- ✓ Na aquisição e/ou manutenção de instrumentos de trabalho, anexar cópia da licença de ambulante ou da formação profissional se houver, conforme o caso, além da Nota Fiscal de compra ou recibo de serviço;
- ✓ No caso de pagamento de tarifas públicas, conforme já especificado, se o titular da conta for diferente do beneficiário, verificar se eles são conviventes e da mesma família, compartilhando a mesma moradia. Esse cuidado se dá em função de haver solicitação de pagamento de contas em nome de pessoas já falecidas, de paradeiro desconhecido ou de diferenciada situação socioeconômica. Quem assina o recibo deve ser o titular da conta, caso contrário deve ser anexada cópia de documentos que comprovem o parentesco ou situação de locação. Neste último caso, tanto no processo de prestação de contas, quanto no prontuário do usuário, deverá ser anexada cópia do recibo de locação;
- ✓ Em relação a fotografias, instrumentos de trabalho e pequenos reparos na moradia solicitar três orçamentos em locais que possam apresentar os devidos comprovantes fiscais. Os orçamentos deverão ficar disponíveis no prontuário do usuário, não necessitando compor o processo.

Fluxo do Adiantamento



– Subsídios técnicos

Trabalho socioeducativo em educação nutricional

A Educação Nutricional tem como objetivo primordial transmitir conhecimentos sobre os alimentos e os princípios de uma alimentação saudável, adquirindo noções para a aplicação no dia a dia, na manipulação dos alimentos utilizados nas refeições preparadas, melhorando a qualidade de vida e revertendo esses conhecimentos em benefício pessoal e familiar, pois a alimentação saudável é um dos pilares da boa saúde, que também pode contribuir para a diminuição da vulnerabilidade social em que se encontram essas famílias.

O Programa Bolsa Família¹⁴ tem também como foco a melhoria das condições de segurança alimentar de seus beneficiários, o que num primeiro momento significa possibilitar a família em situação de vulnerabilidade acesso a alimentos.

Assim, considerando-se que uma alimentação adequada requer informações e mudança de hábitos e atitudes que só um processo educativo pode proporcionar, é de fundamental importância que o beneficiário ao receber a cesta de alimentos ou mesmo, numa etapa posterior, já como integrante de algum programa de transferência de renda, seja informado a respeito de alimentação adequada.

A operacionalização desta ação¹⁵ junto aos beneficiários do benefício eventual “Alimentação” poderá ocorrer por meio do trabalho socioeducativo em grupo, cujo objetivo é:

- Transmitir conhecimentos sobre os alimentos;
- Apresentar os princípios de uma alimentação saudável;
- Orientar sobre a manipulação dos alimentos no preparo de refeições;

¹⁴ “A Lei que regulamentou o Programa Bolsa Família definiu a unificação dos seguintes programas: **Bolsa Escola; Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Cartão Alimentação**, ao mesmo tempo em que tal decisão garantiu o direito das famílias, também deu legitimidade à ideia de que tais programas não são iniciativas de um único governo, mas demandam compromisso continuado.” Rosani Cunha, 2009, p.343.

¹⁵ Ver Manual Prático para uma Alimentação Saudável – SMADS/Nutrição 2011.

- Orientar sobre a melhoria da qualidade de vida das famílias por meio da alimentação saudável (um dos pilares da boa saúde).

Considerando-se que uma alimentação adequada requer informações e mudança de hábitos e atitudes, que só um processo educativo pode proporcionar, é de fundamental importância que o beneficiário receba orientação nutricional; sugestões de cardápios; receitas; folhetos sobre temas específicos de nutrição¹⁶.

O trabalho socioeducativo a ser desenvolvido deve ser dinâmico, podendo, se houver possibilidade, contar com atividades externas¹⁷, utilização de materiais didáticos, áudio visuais, jogos temáticos, palestras e atividades de práticas culinárias, tais como, concurso de receitas, troca de receitas, culinária regional, culinária familiar, entre outros.

Pensando nessas atividades, a CPSB/Nutrição enviará, posteriormente, aos CRAS uma "Proposta para Oficinas de Educação Nutricional" e folhetos direcionados aos técnicos: "Orientações para oficina de Educação Nutricional" e para os beneficiários: "Dicas para uma Alimentação Saudável". Entendendo ser este um processo contínuo, com a realização de oficinas e divulgação dos folhetos espera-se estimular a autonomia dos indivíduos para escolhas alimentares saudáveis e a reflexão sobre cidadania e o direito humano à alimentação adequada.

Portaria N. 44/SMADS/2009, de 20/10/2010 –

DOC. 22/10/2009, pag. 14

Portaria N. 09/SMADS/2011 – DOC. 05/04/02011, pag. 17

¹⁶ A ser distribuídos por SMADS/Nutrição para ser entregue junto com a Cesta de Alimentos.

¹⁷ A interface com serviços governamentais ou não, presentes no território, é interessante para a execução de atividades externas como visitas a mercados e feiras livres, que proporcionará aos beneficiários o conhecimento da grande variedade de alimentos disponíveis, suas características, além de despertar o interesse para a inclusão de novos itens na sua alimentação diária.

VALORES UNITÁRIOS DOS BENEFÍCIOS EVENTUAIS POR TIPO DE NECESSIDADE

NECESSIDADE	VALOR	PERÍODO DE CONCESSÃO
Alimentação	¼ Do salário mínimo	Até 03 meses
Alimentação durante viagem de longa duração	Até o valor máximo de ¼ do salário mínimo por família	Único
Transporte Urbano	Mediante necessidade apresentada	Determinado pelo acompanhamento social
Passagens intermunicipais/ interestaduais	Mediante necessidade da família/pessoa	Único
Pagamento de contas de luz e água	Um salário mínimo vigente por família	Até 03 vezes ao ano
Aquisição e manutenção de instrumentos de trabalho, materiais de consumo e matéria prima	No limite de até um salário mínimo vigente	Único
Fotografia e Fotocópia	Menor orçamento apresentado	De acordo com a necessidade do usuário
Pequenos reparos na moradia	No limite de até um salário mínimo vigente	Até 03 vezes no ano
Segunda via de documento (1)	Mediante necessidade apresentada	De acordo com a necessidade do usuário
Outros	Menor preço entre os orçamentos apresentados	De acordo com a necessidade do usuário

Portaria N. 448/MF/2002 de 13 de Setembro de 2002 - DOU de 17/09/2002. Anexo I –339030 – Material de Consumo, da Portaria nº 448. Ver em:

[www.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/.../Port **448 200**
2.pdf](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/.../Port_448_2002.pdf)

SÍNTESE DO CURSO: CONCESSÃO DE ADIANTAMENTO: UMA ABORDAGEM PRÁTICA ¹⁸.

¹⁸ Realizado em março de 2012 no TCM, com a participação de alguns coordenadores de CRAS titulares de contas de adiantamento. Este material foi disponibilizado em PowerPoint (PDF) aos alunos do Curso e adaptado a versão Word pela CPSB, disponibilizado para todos os CRAS juntamente com o Manual de Orientação de Benefícios Eventuais.

ANEXOS

Anexo 1 – Modelo de solicitação de cestas ao Almojarifado

P MSP - S MADS - A LMOXARIFADO C E N T R A L

RECIBO Nº _____ / _____

SOLICITAÇÃO:	
() DOCUMENTO _____ / _____	DATA ____ / ____ / ____
UNIDADE _____ () VERBAL	NOME: _____

ATIVIDADE:	
() PAIF	() PAEF

MATERIAL PADRÃO:							
<table border="1"><thead><tr><th>DESCRIÇÃO</th><th>QUANTIDADE</th></tr></thead><tbody><tr><td>CESTA DE ALIMENTOS</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>		DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	CESTA DE ALIMENTOS			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE						
CESTA DE ALIMENTOS							
RECEBIMENTO:							
DECLARO TER CONFERIDO E ESTAR RECEBENDO O MATERIAL ACIMA.	LOCAL DA RETIRADA						
NOME: _____	_____						
RG / RF: _____	FUNÇÃOÁRIO (S)						
VEÍCULO PLACA: _____	_____						
SÃO PAULO , _____ DE _____ DE _____	_____						
_____	_____						
ASSINATURA							
HORARIOS:							
Recebimento do Comunicado _____ h	Solicitado p/Entrega _____ h do dia ____ / ____ / ____						
Saída do Almojarifado _____ h	Chegada no Local _____ h Saída do Local _____ h.						

Anexo 2 – Recibo de concessão de benefício eventual de alimentação

Centro de Referência de Assistência Social – CRAS _____

Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS _____

Recibo de Concessão de Benefício Eventual

CAS: _____ SAS: _____

Nome do usuário: _____

Nº NIS: _____ Nº BDC: _____

Filiação: _____ e

Endereço: _____

CEP: _____

Documento: _____ Número: _____ Exp. por _____

Em: ____/____/____

Declaro ter recebido do CRAS/CREAS

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
CESTA DE ALIMENTOS	

a título de benefício eventual, para suprir necessidades imediatas.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinaturas:

Beneficiário

POLEGAR	
DIREITO	

Técnico que concedeu o Benefício

Coordenador (a) do CRAS/CREAS

Anexo 3 - Recibo de concessão de benefício eventual por
Adiantamento

Centro de Referência de Assistência Social – CRAS _____

Recibo de Concessão de Benefício Eventual

Regime de Adiantamento

CAS: _____ SAS: _____

Nome do usuário: _____

Nº NIS: _____ Nº BDC: _____

Filiação: _____ e

Endereço: _____

CEP: _____

Documento: _____ Número: _____ Exp. por _____

Em: ____/____/____

Declaro ter recebido do CRAS a título de benefício eventual para suprir necessidades imediatas:

Benefício	Valor R\$	Valor por extenso
Aquisição e/ou manutenção de instrumentos de trabalho		
Documentação para inserção produtiva		
Pequenos reparos na moradia		
Outros (especificar)		

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinaturas:

Beneficiário

POLEGAR

DIREITO

Técnico que concedeu o Benefício

Coordenador(a) do CRAS

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL À FAMÍLIA SASF



Nome do Serviço SASF _____

CAS _____

CRAS _____

Nome do Beneficiário: _____	Idoso () Deficiente: Adulto () Criança () Adolescente ()
Nome do representante da família: _____	Nº do NIS/ BDC _____
Nome do responsável (se houver) pelo cuidado do Idoso/Deficiente e grau de parentesco: _____	
Nome do técnico que realizará o acompanhamento: _____	

Síntese da situação apresentada

Situações de agravo identificadas:

() Fragilização dos vínculos familiares () Rompimento dos vínculos familiares () Confinamento () Isolamento () Ausência de cuidador

Impossibilidade de acesso a: () educação () saúde () transporte especializado () rede socioassistencial () Maus tratos/Negligência

() Violência doméstica () Outras situações. Explicitar: _____

Ações propostas para a prevenção das situações de risco e/ou garantia de acesso a rede socioassistencial e intersetorial, por ordem de prioridade:

1 -
2 -
3 -
4 -
5 -

Ações pactuadas com o beneficiário/ família "cuidador":

1 -
2 -
3 -
4 -
5 -

Ações intersetoriais e/ou socioassistenciais pactuadas para cumprimento do PDU. Informar tipo (saúde, educação, assistência social, trabalho, cultura, etc) e nome do serviço; forma/tipo de pactuação; período de acompanhamento; nome do profissional de referência.

1 -
2 -
3 -
4 -
5 -

SÍNTESE DO PLANO DE DESENVOLVIMENTO DO USUÁRIO - PDU

Situações de agravo identificadas	Ações a serem desenvolvidas						Prazo	Resultados Esperados
	CRAS	CREAS	SAÚDE	EDUCAÇÃO	TRABALHO	OUTROS		

Plano nº _____ Data de elaboração do plano ____/____/____ Data de validade do Plano: ____/____/____

Data para reavaliação do Plano ____/____/____ Data de desligamento ____/____/____

Técnico de referência do atendimento: _____

Assinatura do responsável pela família _____

SERVIÇO DE ASSISTENCIA SOCIAL À FAMILIA E PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICILIO



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
ASSISTÊNCIA SOCIAL

QUADRO SITUACIONAL DAS FAMILIAS NO MÊS: _____/2011 Folha 02

CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA - SITUAÇÃO ESCOLAR		CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA - SITUAÇÃO SOCIAL												
SITUAÇÃO ESCOLAR	Nº de jovens e adultos que frequentam curso superior	Acolhimento institucional	ADULTOS (qtde.)	ADOLESCENTES (qtde.)	CRIANÇAS (qtde.)	Medida Socio Educativa - MSE	INTERNAÇÃO (qtde.)	EM MEIO ABERTO (qtde.)	Pop. Rua	SITUAÇÃO DE RUA (qtde.)	Reclusão	PRIVAÇÃO DE LIBERDADE (qtde.)	Saúde	Nº de pessoas com alguma deficiência
	Nº de jovens e adultos em EJA													Nº de mulheres gestantes na família
	Nº de adolescentes que frequentam o Ensino Médio						Nº de crianças até 07 anos sem cart. Vacinação atualizada							
	Nº de C/A que frequentam o Ens. Fundamental													
	Nº de C/A que frequentam pré-escola / EMEI													
	Nº de Cças que frequentam Creche / CEI													
	Nº de C/A que aguardam vaga na escola													
	Nº de cças fora da CEI/EMEI (00 a 05 anos)													
	Nº de C/A fora da escola (06 a 17 anos)													
	Nº de matrícula no SASF	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			



SERVIÇO DE ASSISTENCIA SOCIAL À FAMILIA E PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICILIO

QUADRO SITUACIONAL DAS FAMILIAS NO MÊS: _____ /2011 Folha 05

DESLIGAMENTO DA FAMILIA

Nº de matrícula no SASF	Nome do Representante da Família	Nº NIS/NIT/NB do Representante da Família	Nº CPF do Representante da Família	Data de Desligamento (dd/mm/aa)	Motivo do Desligamento
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**CENTRO PARA CRIANÇAS
E ADOLESCENTES
CCA**





FICHA DE INSCRIÇÃO/ MATRÍCULA/ DESLIGAMENTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Nome do Serviço CCA _____ CAS _____ CRAS _____ FL. 1/2

Nome da Cça/Adol: _____						Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Data de Inscrição: ____/____/____		Data de Matrícula: ____/____/____		Nº de Matrícula: _____		Data de desligamento ____/____/____	
Motivo do desligamento: () Abandono () Óbito () Mudança de endereço () Limite de Idade () Outros, especificar: _____							
Nascimento: ____/____/____		Nº BDC _____		Nº NIS _____			
Naturalidade (Município/Estado)		Cor/raça (a): _____		Pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		CPF: _____	
Emissão: ____/____/____		Órgão Emissor _____		UF: _____		Certidão de Nascimento: _____	
						RG: _____	
						Folha: _____ Livro: _____	
						Série: _____ Horário: _____	
Nome da escola: _____							
Mãe: _____				Pai: _____			
Nome do Responsável: _____						Grau de parentesco: _____	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo				Grau de Instrução: <input type="checkbox"/> Analfabeto		Ensino Fundamental: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	
						Ensino Médio: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	
Ensino Superior: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto		Profissão: _____		Ocupação _____		Renda: _____	
						R\$ _____	
Endereço: _____				Nº _____		Compl: _____	
Bairro: _____		Distrito: _____		Telefone resid: _____		Telefone cel: _____	
Ponto de Referência: _____						CEP: _____	
Condições de Moradia: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida		Nº de cômodos: _____		Valor (aluguel ou financiamento): R\$ _____			
Tipo de Construção: <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Mista				Situação Habitacional: <input type="checkbox"/> Cortiço <input type="checkbox"/> Favela <input type="checkbox"/> Loteamento irregular			
Recebe Programa de Transferência de Renda? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Renda Mínima <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Renda Cidadã <input type="checkbox"/> Ação Jovem <input type="checkbox"/> PETI							
Recebe Benefício de Prestação Continuada? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência							

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº	Nome	Data de nascimento - dd/mm/aaaa	Parentesco / vínculo	Profissão	Ocupação	Renda	Fator(es) de risco social (b)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							

(a) **Cor/ raça:** branca; preta; amarela; parda; indígena; sem declaração.

(b) **Fator de risco social:** 1. Alcoolismo; 2. Deficiência auditiva; 3. Deficiência física; 4. Deficiência mental; 5. Deficiência visual; 6. Desemprego; 7. Drogadição; 8. DST (HIV+); 9. Problemas psiquiátricos; 10. Situação de rua; 11. Trabalho infantil; 12. Violência doméstica; 13. Medida Socioeducativa; 14. Provação de liberdade; 15. Acolhimento Institucional (abrigo/centro de acolhida); 16. Outro _____

DATA: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____

NOME: _____

DATA NASCIMENTO: _____

SEXO: FEM. MASC.

ESTATURA: _____

PESO: _____

DOENÇAS QUE JÁ TEVE: SARAMPO VARICELA - CATAPORA

COQUELUCHE HEPATITE CA XUMBA

DIFTERIA RUBÉOLA MENINGITE

TEM ALERGIA? NÃO SIM. A QUÊ? _____

TEM BRONQUITE OU FALTA DE AR? NÃO SIM FREQUENTEMENTE RARAMENTE

MEDICAMENTO UTILIZADO: _____

LOCAL DE ACOMPANHAMENTO: _____

TEM CONVULSÃO OU ATAQUES? NÃO SIM FREQUENTEMENTE RARAMENTE

MEDICAMENTO UTILIZADO: _____

LOCAL DE ACOMPANHAMENTO: _____

JÁ ESTEVE INTERNADO? NÃO SIM. COM QUE IDADE? PORQUE? _____

JÁ FOI AO DENTISTA? SIM NÃO. PORQUE? _____

ESTÁ EM TRATAMENTO. QUAL? _____

ASSISTÊNCIA DE SAÚDE CONVENIADA : NÃO SIM. QUAL? _____

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: SIM. Qual ? _____

NÃO. Por que? _____

CARTEIRA DE VACINA ATUALIZADA: SIM NÃO. PORQUE? _____

AUTORIZA MEDICAÇÃO CONTRA FEBRE? QUAL? _____

PODE PRACTICAR ATIVIDADES FÍSICAS? SIM NÃO. PORQUE? _____

PREENCHIDO POR: _____

PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL – PETI
FICHA DE ACOMPANHAMENTO MENSAL E FREQUÊNCIA
DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

CAS: _____ CRAS: _____ Mês: ____/____

Nome da Organização: _____

Nome do Serviço: _____

Nome da criança / adolescente: _____

NIS da criança/adolescente: _____ Cód. SISRUA: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Nome da escola em que estuda: _____

Série: _____ Período: _____

1. A frequência da criança/adolescente foi igual ou superior a 85% das atividades realizadas?

() Sim () Não

2. As faltas foram justificadas?

2.1 - () Sim, qual motivo?

() doença da criança/adolescente () doença/óbito na família () cumprimento de medida socioeducativa () fatores relacionados a situações de emergências ou calamidades públicas

2.2. () Não. Qual motivo?

() recusa da criança/adolescente em participar do serviço () recusa da família de que a criança/adolescente participe do serviço () inclusão em serviço de acolhimento institucional ou família acolhedora () gravidez () responsáveis em cumprimento de pena no sistema prisional () outros _____

3. A criança/adolescente adere às atividades? () Sim () Não Obs.: _____

4. A criança/adolescente apresenta alguma dificuldade no desenvolvimento das atividades?

5. Como está a socialização com as demais crianças/adolescentes? _____

6. A criança/adolescente apresenta algum problema de saúde? () Não () Sim Obs.: _____

7. Quando solicitada, a família e/ou o responsável comparece ao serviço? () Sim () Não

8. Mostra-se interessada pelo desenvolvimento da criança/adolescente? () Sim () Não

9. Envolve-se com a proposta do serviço? () Sim () Não

Obs.: _____

10. A família mudou de residência? () Sim () Não Obs.: _____

11. A criança /adolescente continua trabalhando? () Sim () Não

Obs.: _____

12. Qual a sua avaliação sobre o desenvolvimento da criança/adolescente neste mês?

() satisfatório () insatisfatório

Obs.: _____

Nome do (a) Gerente do Serviço: _____

Nome do Técnico de Referência do Serviço _____

REGISTRO DE ATIVIDADE EM GRUPO - PETI

CAS _____

CRAS

Nome do Serviço: _____	Data ____/____/____
Identificação do Grupo: _____	
Local: _____	
Endereço: _____	
Técnico de referência da atividade: _____	
Nº total de participantes: _____	
Pauta: _____	
Metodologia utilizada: _____	
Síntese das discussões e encaminhamentos: _____	
Avaliação da atividade - Aspectos Facilitadores: _____	
Dificuldades Encontradas: _____	

PLANO DE DESENVOLVIMENTO FAMILIAR

CAS _____

CRAS/CREAS _____

Serviço: _____

Beneficiário: _____

Nº do BDC _____ Nº do RG _____

ANÁLISE DIAGNÓSTICA [Síntese do histórico familiar apresentado/atualizações] _____

OBJETIVO _____

ESTRATÉGIAS/AÇÕES _____

Data do atendimento ____/____/____

Nome do profissional que realizou o atendimento:



CENTRO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

RELATÓRIO MENSAL DOS USUÁRIOS DE FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PBF EM DESCUMPRIMENTO DE CONDICIONALIDADES NO MÊS: /2012 Folha 01

CAS: _____ CRAS: _____

Nome do Serviço: _____

Nome da Organização Social: _____

Nome do Técnico de Referência do CRAS : _____

Nome e função do responsável pelas informações: _____

Nome do Usuário	Nome do Representante da Família	N° NIS/NIT/NB do Representante da Família	N° CPF do Representante da Família	Beneficiários na família (assinale com um x)		Situação dos Benefícios	Acompanhamento Familiar das famílias em descumprimento		
				BPA (Bolsa Família)	BA (Bolsa Família Jovem)		Informações gerais sobre família	Situações identificadas*	Atividades com família**

*COD. DE SITUAÇÕES IDENTIFICADAS . 1. Violência Doméstica (física e/ou psicológica); 2. Negligência dos pais ou responsáveis; 3. Envolvimento de membros da família com drogas; 4. envolvimento da criança/jovem com drogas; 5. violência ou discriminação no ambiente escolar; 6. violência na área de moradia, impedindo o ir e vir do aluno para escola; 7. Comportamento agressivo da criança/jovem; 8. Envolvimento com gangues (confronto com a lei); 9. Adolescente em cumprimento de LA ou PSC; 10. Adolescente em cumprimento de medidas restritivas de liberdade; 11. Indício de abuso/violência sexual; 12. Indício de exploração sexual; 13. trabalho infantil; 14. Criança/adolescente responsável pelo cuidado de familiares; 15. criança/adolescente em medida protetiva de acolhimento (abrigo); 16. Vítimas de calamidade; 17. Ausência dos pais por prisão; 18. Trajetória de rua da criança/jovem; 19. Inexistência de oferta de serviços educacionais próximos ao local de moradia; 20. falta de acessibilidade da escola (no caso de criança/adolescente com deficiência; 21. Inexistência ou dificuldade de transporte para o deslocamento casa-escola-casa; 22. Inexistência de oferta de serviços de saúde próximos ao local de moradia; 23. Gravidez infanto-juvenil; 24. Óbito na família;

** COD. DE ATIVIDADES COM FAMÍLIA 1. Entrevista de acolhida e avaliação da família; 2. visita domiciliar; 3. Atendimento Psicossocial da família; 4. Atendimento psicossocial da criança/adolescente; 5. Inclusão da família no PAIF; 6. Inclusão da família em atividades de grupo (reuniões/palestras/oficinas); 7. Inclusão da criança/adolescente no PETI; 8. Inclusão da criança/adolescente no Projovem Adolescente; 9. Inclusão da criança/adolescente em outros programas sociais do município; 10. Inclusão de membros adultos da família em projetos de capacitação ou inclusão produtiva; 11. Inclusão em serviço de proteção especial a indivíduos e famílias; 12. Inclusão em serviço de apoio ao processo de habilitação e reabilitação; 13. Inclusão em serviços de proteção em situação de calamidades públicas e de emergências; 14. Envio de relatório para o Conselho Tutelar; 15. Envio de relatório para o judiciário; 16. Concessão de benefício eventual; 17. Encaminhamento para a concessão do BPC; 18. Comunicação para a escola informando o cumprimento de MSE pelo adolescente; 19. Comunicação com serviços das demais políticas públicas; 20. outras atividades

CENTRO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES



QUADRO SITUACIONAL DOS USUÁRIOS NO MÊS: _____ /2012 Folha 02

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS COM AS FAMÍLIAS

Nome do Responsável	Nome da criança/adolescente	Atividades Individualizadas com a família		Atividades coletivas com a família			
		Nº de visitas domiciliares recebidas	Nº de entrevistas individuais	Participou das reuniões de convivência?		Participou das reuniões socioeducativas?	
				sim ou não?	Quantos familiares participaram ?	sim ou não?	Quantos familiares participaram ?
	TOTAL	0	0	0	0	0	0
Total de reuniões socioeducativas que ocorreram no mês: Total de reuniões de convivência que ocorreram no mês:							

CENTRO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES
QUADRO SITUACIONAL DOS USUÁRIOS NO MÊS: _____ /2012 Folha 03



INTERLOCUÇÃO COM A REDE

Nome do Usuário	Educação	Saúde	trabalho	CRAS	CREAS	Documentação / Poupatempo	Outros serviços da rede socioassistencial		OUTROS	
	Encam.	Encam.	Encam.	Encam.	Encam.	Encam.	Encam.	Qual?	Encam.	Qual?
	0	0	0	0	0	0	0		0	

**CENTRO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**
QUADRO SITUACIONAL DOS USUÁRIOS NO MÊS: _____ /2012 Folha 05

Controle de Frequência Diária																																
Turma	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	
Total de presença																																
Total de ausência																																
Total de vagas convêniadas																																

OBS. A soma das presenças e ausências deverá ser igual ao número de vagas conveniadas

QUADRO SITUACIONAL DAS INSCRIÇÕES NO MÊS: _____ /2012 Folha 06

Nome da criança/adol Inscrito	Data da Inscrição (dd/mm/aa)	faixa etária da criança/adol	encaminhados por:		PETI	BPC - Pessoa c/ deficiência	Nome do Representante da Família	N° NIS/NIT/NB do Representante da Família	Nº CPF do Representante da Família
			CRAS	Outros					

CENTRO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

QUADRO SITUACIONAL DAS REFEIÇÕES NO MÊS: _____/2012 Folha 07

Responsável:

Dia	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
Café da Manhã																															
Almoço																															
Lanche																															
Total de refeições servidas																															

OBS. Preencher com o número total de crianças e/ou adolescentes que tomaram cada refeição acima

RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES

CAS	CRAS
Organização Parceira:	
Serviço:	
Mês de Competência:	
ANO:	

4. Recursos Humanos

1.1 Quadro de recursos humanos	
Gerente:	Assistente Técnico:
Auxiliar Administrativo:	Orientador Socioeducativo:
Cozinheiro:	
Agente Operacional:	

Contratação		
Nome	Cargo	Data

Desligamento		
Nome	Cargo	Data
Motivo(s) do(s) Desligamento(s)		

1.2 Quadro de Oficineiros			
Nome do Oficineiro	Tipo de Oficina	Carga Horária	Data de admissão

2. Trabalho com os Profissionais

Reuniões de equipe			
<i>Preencha o quadro Reuniões de Equipe com as datas, pautas das reuniões, estratégias utilizadas e profissionais (somente cargos) envolvidos.</i>			
Dia(s)	Pauta	Estratégia(s) utilizada	Profissionais presentes

Capacitação Interna			
<i>Preencha no quadro as capacitações realizadas com a equipe do CCA. Podem ser inseridas as capacitações oferecidas pelo próprio CCA ou por quaisquer outras instituições, desde que sejam relacionadas aos objetivos do Serviço.</i>			
Tema	Carga Horária	Profissionais	Responsável

Capacitação promovida pela SMADS	
Tema:	Data:
<i>Acrescente, caso julgue necessário, sugestões e propostas de novos temas para capacitação.</i>	

3. Articulação com o território

3.1 Locais de realização das atividades		
Nome	Localização	Tipo de atividade

3.2 Parcerias com instituições/organizações ou Profissionais

Instituição/ Nome do profissional	Tipo de Parceria	Ações

4. Atividades desenvolvidas com os usuários

Eixos: Convivência social e Participação Cidadã				
Tipo de atividade	Local de realização da atividade	nº de vezes na semana	Profissionais envolvidos	Objetivo
<i>Insira aqui o relato das atividades (grupais, oficinas, projetos, palestras, dentre outras), explicitando, além dos objetivos, as aquisições dos usuários.</i>				

5. Atividades com as famílias

5.1 Reuniões/ Oficinas/Palestras/Eventos						
Tipo	Dia(s)	Dia da semana	Equipe presente	Tema/ Objetivo	Nº de famílias Participantes	
<i>Insira aqui o relato das reuniões/ oficinas/palestras e eventos, abordando, por exemplo, estratégias, desenvolvimento do trabalho, priorizando os dados relativos aos objetivos das reuniões e se os mesmos foram alcançados.</i>						

5.2 Visitas domiciliares, Atendimentos individuais, Busca Ativa e Encaminhamentos				
Ação	Objetivo(s)	Estratégia(s) utilizada(s)	Dificuldade(s)	Solução(ões) encontrada(s)
<i>Insira aqui o relato das estratégias, objetivos das visitas e abordagens; demandas dos atendimentos individuais; experiências, dificuldades, superação de problemas.</i>				

São Paulo ___/___/___

Gerente do Serviço _____

Assinatura _____

CENTRO PARA JUVENTUDE





FICHA DE INSCRIÇÃO/ MATRÍCULA/ DESLIGAMENTO

Nome do Serviço CJ _____ CAS _____ CRAS _____

Nome: _____ Sexo: F M

Data de Inscrição: / / Data de Matrícula: / / Nº de Matrícula: _____ Data de desligamento: / / Motivo do desligamento: () Abandono () Óbito () Mudança de endereço () Limite de Idade - mais de 14 anos e 11 meses.

Nascimento: / / Nº BDC _____ Nº NIS _____ CPF: _____ RG: _____

Naturalidade (Município/Estado) _____ Cor/raça (a): _____ Pessoa com deficiência Sim Não

Emissão: / / Órgão Emissor _____ UF: _____ Certidão de Nascimento: _____ Folha: _____

Nome da escola: _____ Série: _____

Mãe: _____ Pai: _____

Nome do Responsável: _____ Grau de parentesco: _____

Estado Civil: Solteiro Casado Separado Divorciado Viúvo Grau de Instrução: Analfabeto Ensino Fundamental: Completo Incompleto Ensino Médio: Completo Incompleto

Ensino Superior: Completo Incompleto Profissão: _____ Ocupação: _____ Empregado Desempregado Aposentado Pensionista

Endereço: _____ Nº _____ Compl: _____

Bairro: _____ Distrito: _____ Telefone resid: _____ Telefone cel: _____ Telefone: _____

Ponto de Referência: _____

Condições de Moradia: Própria Alugada Cedida Nº de cômodos: _____ Valor (aluguel ou financiamento): R\$ _____

Tipo de Construção: Alvenaria Madeira Mista Situação Habitacional: Cortiço Favela Loteamento irregular

Recebe Programa de Transferência de Renda? Não recebe Sim, qual? _____ Renda Mínima Bolsa Família Renda Cidadã Ação Jovem PETI

Recebe Benefício de Prestação Continuada? Não recebe Sim, qual? _____ Idoso Pessoa com deficiência

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº	Nome	Data de nascimento - dd/mm/aaaa	Parentesco / vínculo	Profissão	Ocupação	Renda
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						

(a) Cor/raça: branca, preta, amarela, parda, indígena, sem declaração.

(b) Fator de risco social: 1. Alcoolismo; 2. Deficiência auditiva; 3. Deficiência física; 4. Deficiência mental; 5. Deficiência visual; 6. Desemprego; 7. Drogadição; 8. DST (HIV+); 9. Problemas psiquiátricos; 10. Situação de rua; 11. Trabalho infantil; 12. Violência doméstica; 13. Medida Socioeducativa; 14. Provação de liberdade; 15. Acolhimento institucional (abrigo/centro de acolhida). 16.Outro _____



FICHA CADASTRAL DA FAMÍLIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA FAMÍLIA

Nº	Nome	Estuda	Grau de Instrução	Inserido em CCA	Inserido em CJ	Inserido em CEDESP	Inserido em NCI
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							

DEMANDA APRESENTADA / ORIENTAÇÕES / ENCAMINHAMENTOS

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - SMADS

FICHA DE SAÚDE - CJ

DATA: _____ DATA DE ADMISSÃO: _____

NOME: _____

DATA NASCIMENTO: _____ SEXO: FEM. MASC.

ESTATURA: _____ PESO: _____

DOENÇAS QUE JÁ TEVE: SARAMPO VARICELA- CATAPORA

COQUELUCE HEPATITE CAXUMBA

DIFTERIA RUBÉOLA MENINGITE

TEM ALERGIA? NÃO SIM. A QUÊ? _____

TEM BRONQUITE OU FALTA DE AR? NÃO FREQUENTEMENTE RARAMENTE

MEDICAMENTO UTILIZADO: _____

LOCAL DE ACOMPANHAMENTO: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

TEM CONVULSÃO OU ATAQUES? NÃO FREQUENTEMENTE RARAMENTE

MEDICAMENTO UTILIZADO: _____

LOCAL DE ACOMPANHAMENTO: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

JÁ ESTEVE INTERNADO? NÃO SIM. COM QUE IDADE?PORQUE? _____

JÁ FOI AO DENTISTA? SIM NÃO. PORQUE? _____

ESTÁ EM TRATAMENTO.QUAL? _____

ASSISTÊNCIA DE SAÚDE CONVENIADA: NÃO SIM. QUAL? _____

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: NÃO. PORQUE? _____

SIM. QUAL? _____

CARTEIRA DE VACINA ATUALIZADA: SIM NÃO. PORQUE? _____

AUTORIZA MEDICAÇÃO CONTRA FEBRE? QUAL? _____

PODE PRATICAR ATIVIDADES FÍSICAS? SIM NÃO. PORQUE? _____

PREENCHIDO POR: _____

Nome do Serviço CJ _____ CAS _____ CRAS _____

Tipo de Atividade: _____ Total de Participantes: _____ Data ___/___/___

Local: _____ Endereço: _____

Técnico de referência da atividade: _____

Pauta:

Metodologia utilizada:

Síntese das discussões e encaminhamentos:

Página 1

Avaliação da atividade - Aspectos Facilitadores:

Dificuldades Encontradas:



Nome do Usuário: _____

N. de Matrícula _____

Nome do Representante da Família _____

Nº do NIS/ BDC _____

DEMANDA APRESENTADA / ORIENTAÇÃO / ENCAMINHAMENTOS – [com data e técnico responsável]



DEMANDA APRESENTADA / ORIENTAÇÃO / ENCAMINHAMENTOS – [com data e técnico responsável]

Controle de Frequência Diária (Grupos de 30)

Cj:	CAS					CRAS																									
	Ano:					Grupo:					Responsável:																				
Mês:	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
Nome	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
01) Ana Carolina Fernandes	1	0	0	1	1																										
02)																															
03)																															
04)																															
05)																															
06)																															
07)																															
08)																															
09)																															
10)																															
11)																															
12)																															
13)																															
14) Denis Araújo (desligado dia 12)	1	1	1	1	1																										
15)																															
16)																															
17)																															
18)																															
19)																															
20)																															
21)																															
22)																															
23)																															
24)																															
25)																															
26)																															
27)																															
28)																															
29)																															
30)																															
Renata Marques (matriculada dia 13)												x																			
Total de presença																															
Total de ausência																															
OBS. Colocar 0 para ausência e 1 para presença																															
Assinatura do Responsável																															

PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL – PETI FICHA DE ACOMPANHAMENTO MENSAL E FREQUÊNCIA DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

CAS: _____ **CRAS:** _____ **Mês:** ____/____

Nome da Organização: _____

Nome do Serviço: _____

Nome do adolescente: _____

NIS da criança/adolescente: _____ Cód. SISRUA: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Nome da escola em que estuda: _____

Série: _____ Período: _____

1. A frequência do adolescente foi igual ou superior a 85% das atividades realizadas?

() Sim () Não

2. As faltas foram justificadas?

2.1 - () Sim, qual motivo?

() doença do adolescente () doença/óbito na família () cumprimento de medida socioeducativa () fatores relacionados a situações de emergências ou calamidades públicas

2.2. () Não. Qual motivo?

() recusa do adolescente em participar do serviço () recusa da família de que o adolescente participe do serviço () inclusão em serviço de acolhimento institucional ou família acolhedora () gravidez () responsáveis em cumprimento de pena no sistema prisional

() outros: _____

3. O adolescente adere às atividades? () Sim () Não Obs.: _____

4. O adolescente apresenta alguma dificuldade no desenvolvimento das atividades?

5. Como está a socialização com as demais adolescentes? _____

6. O adolescente apresenta algum problema de saúde? () Não () Sim Obs.: _____

7. Quando solicitada, a família e/ou o responsável comparece ao serviço? () Sim () Não

8. Mostra-se interessada pelo desenvolvimento do adolescente? () Sim () Não

9. Envolve-se com a proposta do serviço? () Sim () Não

Obs.: _____

10. A família mudou de residência? () Sim () Não Obs.: _____

11. O adolescente continua trabalhando? () Sim () Não

Obs.: _____

12. Qual a sua avaliação sobre o desenvolvimento do adolescente neste mês?

() satisfatório () insatisfatório

Obs.: _____

Nome do (a) Gerente do Serviço: _____

Nome do Técnico de Referência do Serviço _____

REGISTRO DE ATIVIDADE EM GRUPO - PETI

CAS _____ CRAS _____

Nome do Serviço:	Data ____ / ____ / ____
Identificação do Grupo: _____	
Local:	
Endereço:	
Técnico de referência da atividade:	
Nº total de participantes:	
Pauta:	
Metodologia utilizada:	
Síntese das discussões e encaminhamentos:	
Avaliação da atividade - Aspectos Facilitadores:	
Dificuldades Encontradas:	

(Verso)
LISTA DE PRESENÇA
ATIVIDADE EM GRUPO - PETI

Data: __/__/____

NOME	R.G.	TELEFONE	ASSINATURA

CONTROLE DE FREQUÊNCIA AO SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS - BENEFICIÁRIOS PETI

CAS: _____ CRAS: _____			Mês: _____ Ano: _____
SERVIÇO _____			
NIS	NOME DO BENEFICIÁRIO	FREQUÊNCIA IGUAL OU SUPERIOR A 85%	MOTIVO

Nome do Serviço CJ _____ CAS _____ CRAS _____

Tipo de Atividade: _____ Total de Participantes: _____ Data __/__/____

Local: _____ Endereço: _____

Orientador de referência da atividade: _____

Pauta:

Metodologia utilizada:

Síntese das discussões e encaminhamentos:

Página 1

Avaliação da atividade - Aspectos Facilitadores:

Dificuldades Encontradas:

NÚCLEO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSO



FICHA DE INSCRIÇÃO / MATRÍCULA / DESLIGAMENTO

Nome do NCI _____		CAS _____	CRAS _____
Nome do usuário: _____			Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Data da Inscrição: ____/____/____	Data de Matrícula: ____/____/____	Nº de Matrícula: _____	Data de desligamento ____/____/____
Pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Nascimento: ____/____/____	Naturalidade (Município/Estado) _____		Cor/raça (a): _____
CPF: _____	RG: _____	Órgão Emissor _____	Emissão: ____/____/____
NIS: _____	NIT: _____	NB: _____	
Mãe: _____		Pai: _____	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo			
Profissão: _____ <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista			Renda: R\$ _____
Instrução: <input type="checkbox"/> Analfabeto	E. Fundamental: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	Médio: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	Superior: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto
Gostaria de estudar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Reside só <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Endereço: _____		Nº _____	CEP: _____
Bairro: _____	Distrito: _____	Telefone resid: _____	Telefone cel: _____
Rec. _____			
Ponto de Referência: _____			
Condições de Moradia: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida		Nº de cômodos: _____	Valor (aluguel ou financiamento): R\$ _____
Tipo de Construção: <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Mista			
Situação Habitacional: <input type="checkbox"/> Cortiço <input type="checkbox"/> Favela <input type="checkbox"/> Loteamento irregular			
Recebe Programa de Transferência de Renda? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Renda Mínima <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Renda Cidadã			
Recebe Benefício de Prestação Continuada? <input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência			
Tem restrição alimentar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
A que? _____			
Identificação do maior gasto mensal: <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Moradia <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____			
Presença de doença: Qual? _____			
Faz tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____			
Frequência do tratamento: <input type="checkbox"/> diária <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensal <input type="checkbox"/> outra			
Uso continuado do medicamento <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____			
Forma de aquisição do medicamento: _____			
Carteira de Vacina do Idoso <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Carteira Atualizada <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	

Composição Familiar (mesmo endereço)

Nº	Nome	Data de nascimento - dd/mm/aaaa	Parentesco / vínculo	Profissão	Ocupação	Renda	Fator(es) de risco social (b) ver número correspondente
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							

Composição Familiar (outro endereço)

Nº	Nome	Data de nascimento - dd/mm/aaaa	Parentesco / vínculo	Endereço	Telefone de contato	Ocupação
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

(a) **Cor/ raça:** branca; preta; amarela; parda; indígena; sem declaração.

(b) **Fator de risco social:** 1. Alcoolismo; 2. Deficiência auditiva; 3. Deficiência física; 4. Deficiência mental; 5. Deficiência visual; 6. Desemprego; 7. Drogadição; 8. HIV+; 9. Problemas psiquiátricos; 10. Situação de rua; 11. Trabalho infantil; 12. Violência doméstica; 13. Medida Socioeducativa; 14. Privação de liberdade; 15. Acolhimento Institucional (abrigo/centro de acolhida). 16. Outro

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

NCI

Data: / /

Nome:

Nº matrícula

Endereço:

Objetivo da visita:

Pessoa(s) da Família que conversou(aram) com o técnico

Identificação de Potencialidades e Vulnerabilidades

Considerar: condições socioeconômicas, condições de autonomia para as atividades de vida diária; condições de acesso ao mundo do trabalho, relações significativas com família, vizinhança e grupos sociais, acesso ao sistema de garantia de direitos; relação com os serviços públicos existentes no território; características e especificidades do território.

CONCLUSÃO:

() Inclusão nas atividades de convivência () Inclusão no acompanhamento social domiciliar.

() Permanência nas atividades de convivência () Permanência no acompanhamento social domiciliar.

() Encaminhamento para: _____

Nome do Técnico de Referência do Atendimento:

Nome do Serviço _____ CAS _____ CRAS _____

Nome do Usuário: _____

Nome do responsável (se houver) pelo cuidado do Idoso e grau de parentesco: _____

Nome do técnico que realizará o acompanhamento: _____

Situações de agravo identificadas:

- () Fragilização dos vínculos familiares () Rompimento dos vínculos familiares () Confinamento () Isolamento () Maus tratos/Negligência
() Violência doméstica () Ausência de cuidador Impossibilidade de acesso a: () saúde () transporte especializado () rede socioassistencial
() Outras situações. Explicitar: _____

Análise Diagnóstica

Objetivo Central da Intervenção

Ações pactuadas com o beneficiário/família/ "cuidador":

1 -

2 -

3 -

Ações propostas para a intervenção das situações de risco social e/ou garantia de acesso a rede socioassistencial.

1 -

2 -

3 -

Ações intersetoriais e/ou socioassistenciais pactuadas para cumprimento do PDU. Informar tipo (família, saúde, educação, assistência social, trabalho, cultura, etc) e nome do serviço; forma/tipo de pactuação; período de acompanhamento; nome do profissional de referência.

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

Objetivos	Ações a serem desenvolvidas					Prazo por Objetivo	RESULTADO
	FAMÍLIA	CRAS	CREAS	SAÚDE	OUTROS		

Plano nº _____ Data de elaboração do plano ____/____/____ Data de Desligamento do plano: ____/____/____

DATA DA 1ª MEDIAÇÃO : ____/____/____ DATA DA 2ª MEDIAÇÃO: ____/____/____ DATA DA 3ª MEDIAÇÃO: ____/____/____(O intervalo entre as mediações é de 04 meses.)

Técnico de referência do atendimento: _____

Assinatura do idoso ou de pessoa responsável pelo idoso _____

FICHA DE REGISTRO DE ATIVIDADES EM GRUPO

FL. 1/2

Nome do Serviço _____

Tipo de Atividade¹:

Data __/__/____

Local:

Total de Participantes:

Técnico de referência da atividade:

Objetivo:

Metodologia utilizada:

Síntese das discussões e encaminhamentos:

Avaliação da atividade - Aspectos Facilitadores:

Dificuldades Encontradas:

¹- reuniões socioeducativas, palestras, oficinas, eventos

Núcleo de Convivência de Idosos

QUADRO SITUACIONAL DOS USUÁRIOS NO MÊS: _____/2012 Folha 02

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS COM OS IDOSOS E SUAS FAMÍLIAS

Nome do usuário	Contatos com os idosos e suas famílias			Participações de familiares em Palestras e Eventos	
	Nome do Técnico	Nº de visitas domiciliares realizadas	Nº de atendimentos individuais	Nº de familiares que particip. em palestras	Nº de familiares que particip. em eventos
	TOTAL	0	0	0	0

Núcleo de Convivência de Idosos



QUADRO SITUACIONAL DOS USUÁRIOS NO MÊS: _____/2012 Folha 03

INTERLOCUÇÃO COM A REDE

Nome do Usuário	Data do encaminhamento	Saúde		Habitação		CRAS		CREAS		Previdência Social (BPC)		Previdência Social		OUTROS	
		Encam.	Inserção	Encam.	Inserção	Encam.	Inserção	Encam.	Inserção	Encam.	Inserção	Encam.	Inserção	Encam.	Inserção
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0




QUADRO SITUACIONAL DOS USUÁRIOS NO MÊS: _____/2012 Folha 04

DESLIGAMENTO DO USUÁRIO

nº de matrícula no NCI	Nome do Usuário	Faixa Etária do Usuário	Data de Desligamento (dd/mm/aa)	Motivo do Desligamento

Nome	Data da Inscrição (dd/mm/aa)	Faixa Etária	Forma de Acesso				Usuário beneficiário BPC (assinale com x)	Observações
			Encaminhado CRAS	Encaminhado CREAS	Demanda espontânea	Encaminhado Outros		

	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social		NÚCLEO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSO													
	Declaração Mensal de Execução dos Serviços															
CAS _____ Subpref. _____ Mês/Ano _____ Capac. Total: _____ Dias de funcionamento: _____																
NOME DO SERVIÇO _____																
ORGANIZAÇÃO SOCIAL _____																
Atendimento de Convivência			Capacidade: _____													
Indicadores	Faixa etária / Sexo	60 a 64 anos		65 a 69 anos		70 a 74 anos		75 ou mais		TOTAL						
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
Nº de pessoas atendidas no mês										0	0					
Frequência às atividades do serviço										Total no mês: 0		Média diária: #DIV/0!				
Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
requência																
Dias	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
requência																
Atividades Presenciais		Nº	Part.	Oficinas		Nº	Part.									
Trabalho com participação das famílias				Artes												
Atividades Intergeracionais				Atividade Física												
Atividades culturais				Cognição e Memória												
Atividades socioeducativas				Dança												
Festas				Informática												
				Música												
Atendimento Domiciliar			Capacidade: _____													
Indicadores	Faixa etária / Sexo	60 a 64 anos		65 a 69 anos		70 a 74 anos		75 ou mais		TOTAL						
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
Nº de pessoas que vieram do mês anterior										0	0					
Nº de pessoas que entraram no mês										0	0					
Nº de pessoas que saíram no mês										0	0					
Nº de pessoas que permanecem no último dia										0	0					
Tempo de permanência no serviço		Conv.	Domic.	Motivos de saída do acompanhamento		Conv.	Domic.									
		0	0	Óbito												
Até seis meses				Abandono/Recusa de acompanhamento												
Acima de 6 meses até 1 ano				Mudança de endereço												
Acima de 01 ano até 03 anos				Problemas de saúde												
Acima de 03 anos				Ganho de autonomia/Resgate de vínculos familiares												
Encaminhamentos		Conv.	Domic.	Outras Informações		Conv.	Domic.									
Previdência Social (aposentadoria/pensão)				Nº de idosos que residem sós												
Benefício de Prestação Continuada (BPC)				Nº de visitas domiciliares realizadas												
Programas de Transferência de renda (PTR)				Nº de idosos com PDU em andamento												
CRAS / CREAS				Nº de idosos com deficiência												
Saúde				Nº de idosos que recebem aposentadoria ou pensão												
Habitação				Nº de idosos que recebem BPC												
Outras Políticas Públicas				Nº de idosos que possuem PTR												
Responsáveis pelas informações																
Nomes legíveis				Assinaturas				Data								
Coordenador do serviço																
Técnico supervisor																

SÓ CONVIVÊNCIA

SÓ ATENDIMENTO DOMICILIAR

CONVIVÊNCIA E ATEND. DOMICILIAR

INDICADORES DE AVALIAÇÃO - NÚCLEO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSO - NCI

1- Percentual médio de ocupação de vagas nas atividades de acompanhamento _____

Indicador está de acordo com a meta estabelecida?

SIM NÃO

Em caso dos resultados estarem abaixo da meta estabelecida, quais as propostas para melhorar os resultados: _____

Em que prazo: _____

2 - Percentual médio de idosos beneficiários de BPC atendidos no trimestre _____

Indicador está de acordo com a meta estabelecida?

SIM NÃO

Em caso dos resultados estarem abaixo da meta estabelecida, quais as propostas para melhorar os resultados: _____

Em que prazo: _____

3 - Percentual médio de idosos oriundos de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda atendidos no trimestre

Indicador está de acordo com a meta estabelecida?

SIM NÃO

Em caso dos resultados estarem abaixo da meta estabelecida, quais as propostas para melhorar os resultados: _____

Em que prazo: _____

4 - Percentual médio de idosos vulneráveis, por impossibilidade de acesso ao serviço, com necessidade de acompanhamento domiciliar com Plano de Desenvolvimento do Usuário - PDU desenvolvido no trimestre

Indicador está de acordo com a meta estabelecida?

SIM NÃO

Em caso dos resultados estarem abaixo da meta estabelecida, quais as propostas para melhorar os resultados: _____

Em que prazo: _____

São Paulo: _____ / _____ / _____

Técnico Supervisor: _____

Assinatura: _____

Chefia Imediata: _____

Assinatura: _____

