

Anexo 1

FORMULÁRIO DE REGISTRO DO CIDADÃO

CAS

CRAS

Nome:					
Nº BDC		NIS		Nascimento: ___/___/___	
Naturalidade			Cor:		Pessoa com deficiência () Sim () Não
RG:		Emissão: / /		UF: Órgão Emissor:	
CPF:		CTPS nº		Série:	
Mãe:					
Pai:					
() Solteiro () Casado () Separado () Divorciado () Viúvo () Outro					
Ensino fundamental () Completo () Incompleto			Ensino Médio () Completo () Incompleto		
Ensino Superior () Completo () Incompleto			Analfabeto ()		

Endereço:				Nº		
Complemento:		Bairro:		Distrito:		Cep:
Telefone:			Unidade de Saúde			
Ponto de Referência:						
Condições de Moradia: () Própria () Alugada () Cedida () Área de Ocupação						
Tipo de Construção () Alvenaria () Madeira () Mista						
Nº de cômodos:			Valor (aluguel ou financiamento):			
Recebe Programa de Transferência de renda?						
<input type="checkbox"/> Não Recebe <input type="checkbox"/> Renda Mínima <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Renda Cidadã <input type="checkbox"/> Ação Jovem <input type="checkbox"/> PETI <input type="checkbox"/> PróJovem Adolescente						
Recebe Benefício de Prestação Continuada?						
() Não Recebe						
() Idoso Quantos? _____						
() Deficiente com mais de 18 anos						
() Deficiente menor de 18 anos . Frequenta escola?						
() Não. Motivo _____						
() Sim. Qual? _____						

Principais Vulnerabilidades / Necessidade de Atendimento

() Residem em área de ocupação irregular	() Existência de pessoa com deficiência
() Crianças que ficam sozinhas no domicílio	() Baixa renda
() Existência de idosos dependentes na família	() Atendimento a criança e adolescente
() Desemprego	() Atendimento ao Idoso
() Tratamento médico /odontológico	() Solução para moradia de risco
() Regularização de documentação	() Outra. Qual? _____
() Inclusão no programa de transferência de renda, bolsa ou benefício	_____

RENDA DA FAMÍLIA:
SITUAÇÃO APRESENTADA

Técnico de Referência do Atendimento

Data ___/___/___

*Na impossibilidade de acesso ao BDC, preencher este formulário.

FORMULÁRIO DE REGISTRO DO CIDADÃO

CAS _____

CRAS I _____

Nome:	Nº BDC
Principais Vulnerabilidades / Necessidade de Atendimento	
<input type="checkbox"/> Residem em área de ocupação irregular <input type="checkbox"/> Crianças que ficam sozinhas no domicílio <input type="checkbox"/> Existência de idosos dependentes na família <input type="checkbox"/> Desemprego <input type="checkbox"/> Tratamento médico /odontológico <input type="checkbox"/> Regularização de documentação <input type="checkbox"/> Inclusão no programa de transferência de renda, bolsa ou benefício	<input type="checkbox"/> Existência de pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> Baixa renda <input type="checkbox"/> Atendimento a criança e adolescente <input type="checkbox"/> Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Solução para moradia de risco <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ _____

RENDA FAMILIAR: _____

SITUAÇÃO APRESENTADA

Data	Síntese da composição familiar/ Parecer Técnico/ Orientação - Pactuação com a família	Responsável

Técnico de Referência do Atendimento _____ Data ____/____/____

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS
FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRA – REFERÊNCIA

CAS: _____ CRAS: _____

Distrito Administrativo _____

ENCAMINHAMENTO

De: _____

Para: _____

Encaminhamos o (a) Senhor (a): _____

Para: _____

SP, ___/___/___

_____ Técnico de Referência - RF

CONTRA-REFERÊNCIA DO CRAS

De: _____

Para: _____

Atendimento realizado no dia: ___/___/___

Serviço

ofertado: _____

Resumo do procedimento: _____

SP, ___/___/___

_____ Responsável

Anexo 4 (verso)



Estratégias de Intervenção	Ações a desenvolver		Prazo	Resultados Obtidos
	CRAS	Família		

Prazo de validade do plano: _____

Prazo para reavaliação do Plano de Ação: _____

Data de elaboração do Plano: ___/___/___

Data de desligamento: ___/___/___

Técnico de referência: _____

Assinatura responsável / família: _____

CAS _____

CRAS _____ Mês _____

PLANEJAMENTO MENSAL DAS AÇÕES DO CRAS

1ª SEMANA	NOME DO TÉCNICO	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T

2ª SEMANA	NOME DO TÉCNICO	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T

AT – Atendimento Individual

VD – Visita Domiciliar

TR – Transferência de Renda

TSE – Trabalho Socio-Educativo

BA – Busca Ativa das famílias

AE – Atendimento a situações de emergência

C – Acompanhamento da rede sócio-assistencial conveniada

RE – Reunião de Equipe

R – Relatórios

CT – Capacitação / Treinamento

AR – Articulação com a rede existente na

comunidade/ Território

CAS _____

Mês _____

PLANEJAMENTO MENSAL DAS AÇÕES DO CRAS

3ª SEMANA	NOME DO TÉCNICO	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T

4ª SEMANA	NOME DO TÉCNICO	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T

AT – Atendimento Individual

VD – Visita Domiciliar

TR – Transferência de Renda

TSE – Trabalho Socio-Educativo

BA – Busca Ativa das famílias

AE – Atendimento a situações de emergência

C – Acompanhamento da rede sócio-assistencial conveniada

RE – Reunião de Equipe

CT – Capacitação / Treinamento

AR – Articulação com a rede existente na comunidade/ Território

R – Relatórios

Nome do responsável: _____, Local: _____, Data: ____/____/____

RELATÓRIO 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

Dia(s)	Pauta	Estratégia(s) utilizada	Profissionais envolvidos

4 – Atividades em grupo

Tipo	Quantidade	Tema/ Objetivo	Nº Participantes	de

* Tipo (Reuniões, Oficinas e Palestras)

Anexo 09 (verso)

5. Atendimento às Situações de Emergência

Data	Local	Tipo de ocorrência	Profissionais envolvidos	Nº de famílias atendidas	Ações

___/___/___

Data
RF

Coordenador do CRAS –

ANEXO 10**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
Instrumentos de trabalho	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

Anexo 11

LISTAGEM PARA COMPOSIÇÃO DO BENEFÍCIO DE ALIMENTAÇÃO/PRODUTOS DE HIGIENE E LIMPEZA

Base de cálculo/Mês para família com 04 pessoas

Item	Quantidade sugerida	Necessidade apresentada
pacote de arroz - 5kg	2	
feijão - kg	3	
óleo – lata	1	
Leite longa vida	6	Mediante justificativa do Técnico Responsável
leite em pó (kg)	2	
Macarrão - pc	2	
Extrato/molho de tomate - lata	2	
queijo ralado - 50g	2	
Biscoito doce – pacote	1	
biscoito salgado - pacote	1	
tempero alho / sal	1	
açúcar kg	2	
café 500 g	1	
goiabada 250 g	1	
farinha milho 500 g	1	
farinha trigo 500 g	1	
Milho/ervilha/seleta - lata	2	
sopa liofilizada	1	
charque OU carne seca OU carne salgada – kg	1	
sardinha - lata	1	
fubá 500 g	1	
vinagre 700 ml	1	
detergente	1	
sabão em barra – pacote	1	
água sanitária - litro	1	
Esponja	1	
Sal - kg	1	
Farinha de mandioca 500 g	1	
Papel Higiênico - unidade	8	
Sabonete em barra 90 gr	4	
Lã de aço - pacote	1	
Pasta Dental	4	
Escova Dental	4	
Absorvente Higiênico	2	
Sabão em Pó – kg	2	
Achocolatado – 500 g	1	
Adoçante	1	Mediante justificativa do Técnico Responsável
Maisena / farináceos	1	Mediante justificativa do Técnico Responsável
Suco em pó	2	

Anexo 12

Centro de Referência de Assistência Social – CRAS

Recibo de Concessão de Benefício Eventual

Coordenadoria de Assistência Social - CAS: _____

Distrito: _____

Nome: _____

_____ Número do BDC: _____

Filiação: _____

_____ e _____

Documento: _____ Número: _____ Exp.

por: _____ Em: _____

Endereço: _____

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

Adiantamento Direto

Benefício	Valor R\$	Valor por extenso
Alimentação		
Transporte urbano		
Alimentação/viagem		
Passagens		
Aquisição e manutenção de instrumentos de trabalho		
Luz/água		
Pequeno reparo na moradia		
Fotografia e Fotocópia		
2ª via de documentos		
Outros (especificar)		

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário

POLEGAR DIREITO	
--------------------------------------	--

Técnico que concedeu o Benefício do CRAS

Assinatura do (a) coordenador(a)