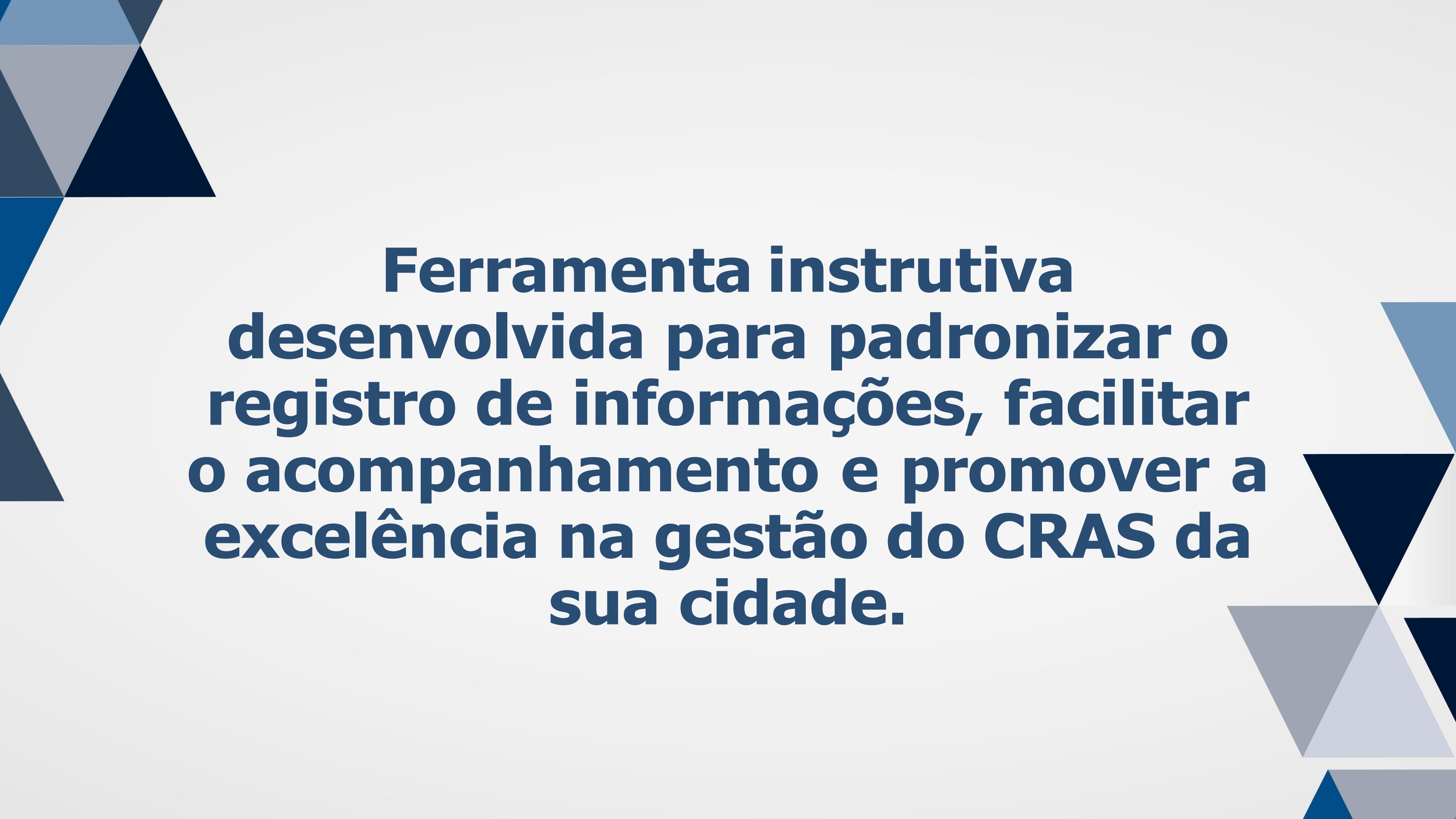




Sistema de Gestão Integrada para
CENTRO DE REFERÊNCIA DA
ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS



Ferramenta instrutiva desenvolvida para padronizar o registro de informações, facilitar o acompanhamento e promover a excelência na gestão do CRAS da sua cidade.

Recursos Principais

Padronização de Registros:

Simplificando a coleta e o registro de informações essenciais, garantindo que todos os dados sejam consistentes e facilmente acessíveis quando necessário.

Acompanhamento Simplificado:

Recursos de acompanhamento de casos que agilizam o monitoramento contínuo dos assistidos, permitindo intervenções oportunas e eficazes.

Relatórios detalhados:

Relatórios completos, permitindo uma análise profunda das atividades e o embasamento para tomada de decisões informadas.

Sistema de Gestão Integrada para CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS



Cadastro



Vacinação



Familia



Gerenciar



Relatórios



Sobre a Prefeitura



Benefícios

Eficiência Aprimorada:

**Redução do tempo
gasto em processos
manuais, resultando
em maior
produtividade.**

Melhoria no Atendimento:

**O acompanhamento
aprimorado possibilita
um suporte mais
eficaz aos assistidos.**

Tomada de Decisões Embasadas:

**Relatórios detalhados
fornecem insights
valiosos para decisões
estratégicas.**

Acompanhamento Familiar



Acompanhamento Familiar: CARMEM LUCIA DA SILVA LIMA

- [Identificação da Pessoa de Referência e Endereço da Família](#)
- [Forma de ingresso na unidade e motivo do primeiro atendimento](#)
- [Composição Familiar](#)
- [Condições Habitacionais da Família](#)
- [Condições Educacionais da Família](#)
- [Condições de Trabalho e Rendimentos da Família](#)
- [Condições de Saúde da Família](#)
- [Acesso a Benefícios Eventuais](#)
- [Convivência Familiar e Comunitária](#)
- [Participação em Serviços, Programas ou Projetos...](#)
- [Situações de Violência e Violações de Direitos](#)
- [Histórico de Cumprimento de Medias Socioeducativas](#)
- [Histórico de Acolhimento Institucional ou Familiar](#)
- [Planejamento e Evolução do Acompanhamento Familiar](#)
- [Registro Sintético de Avaliação de Resultados do Acompanhamento Familiar](#)
- [Tabela de Códigos de Encaminhamentos](#)
- [Registro de Encaminhamento](#)
- [Formulário de Encaminhamento](#)





Gerenciar

Benefícios Eventual

Comparativo

Áreas

Periodo

Famílias Assististas

Selecionar Gráficos Benefícios Eventuais Por Tipo



Escolha o Tipo de Benefício para o gráfico:

Selecione

- Selecione
- Auxílio Agasalho
- Auxílio Alimentação
- Auxílio Aluguel Social
- Auxílio Documentação
- Auxílio Funeral
- Auxílio Gás
- Auxílio material de construção/elétrico/hidráulico
- Auxílio Natalidade
- Auxílio Transporte
- Auxílio-Tarifas sociais

Gráficos Benefícios Eventuais



Informe o Período:

Data Inicial 01/08/2023 Data Final 30/09/2023



Gráficos Benefícios Eventuais Visualizado



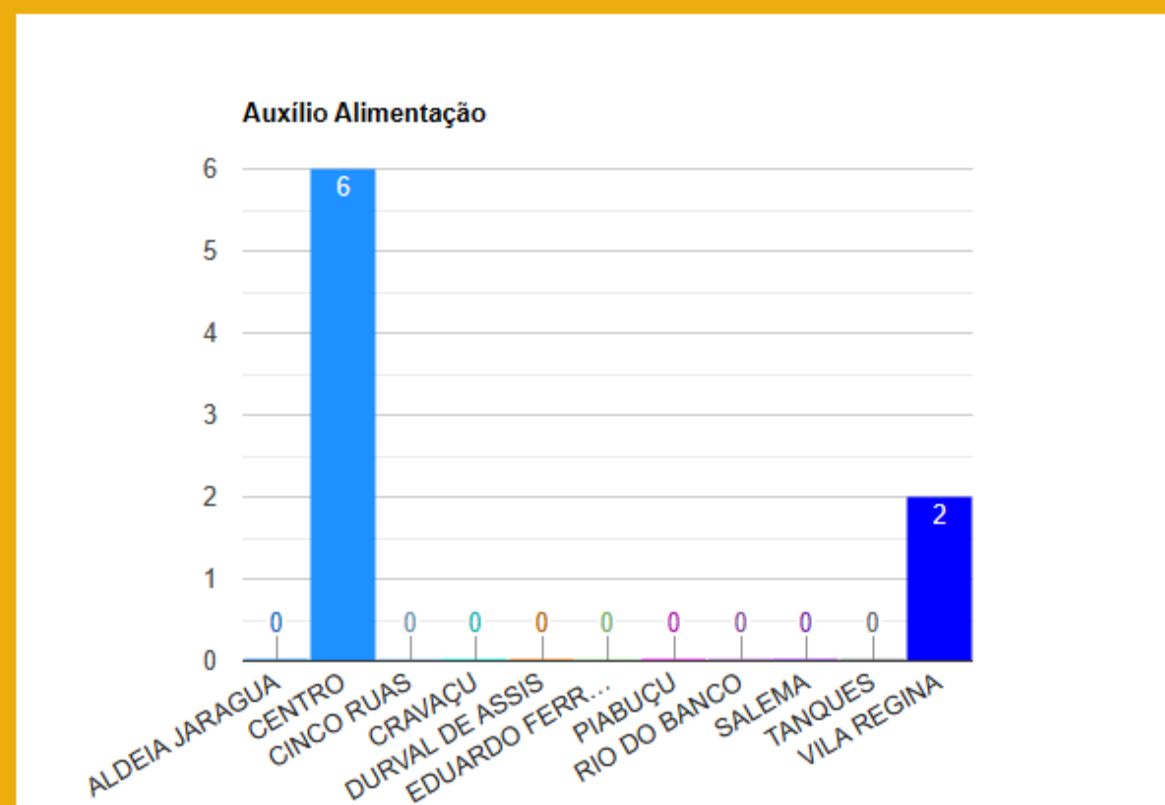
Gráficos Benefícios Eventuais



Informe o Período:

Data Inicial 01/08/2023

Data Final 30/09/2023

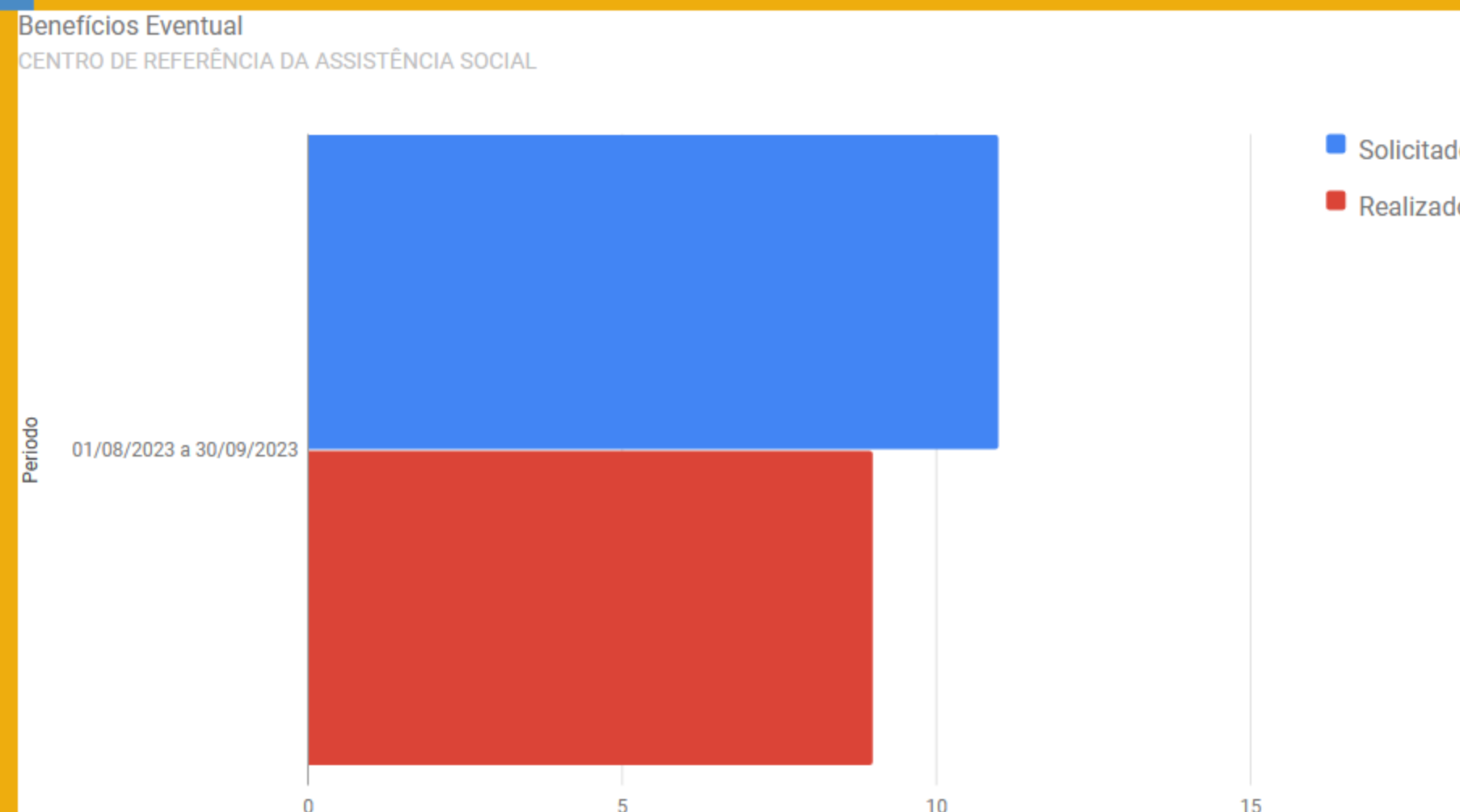


Gráficos Consolidado Benefícios Eventuais



Sobre: Consolidado

Total de Solicitado: 11 Total de Realizado: 9



Gráficos Benefícios Eventuais Por Área

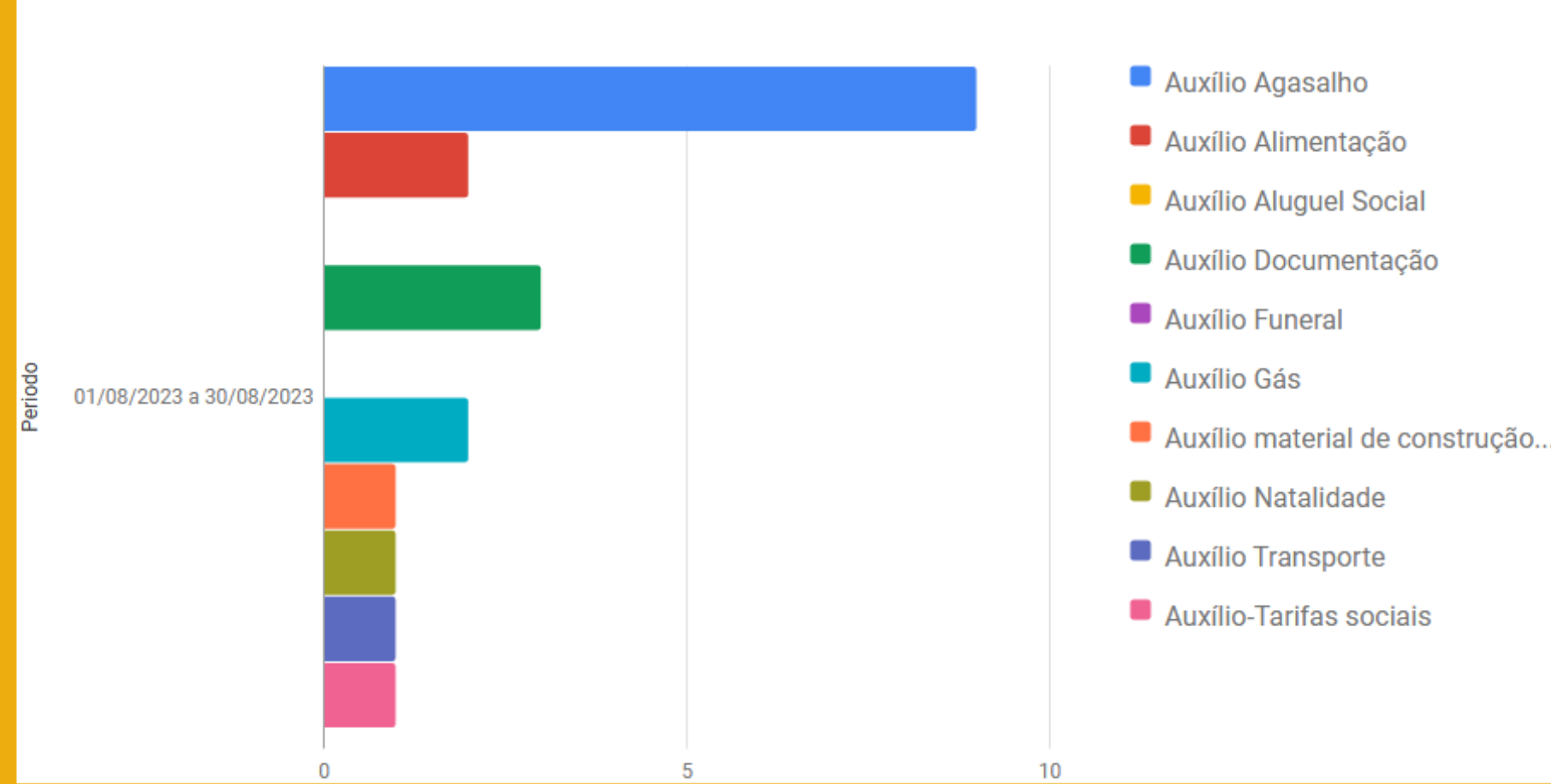


Área: REGINA I

Total de Benefícios: 20



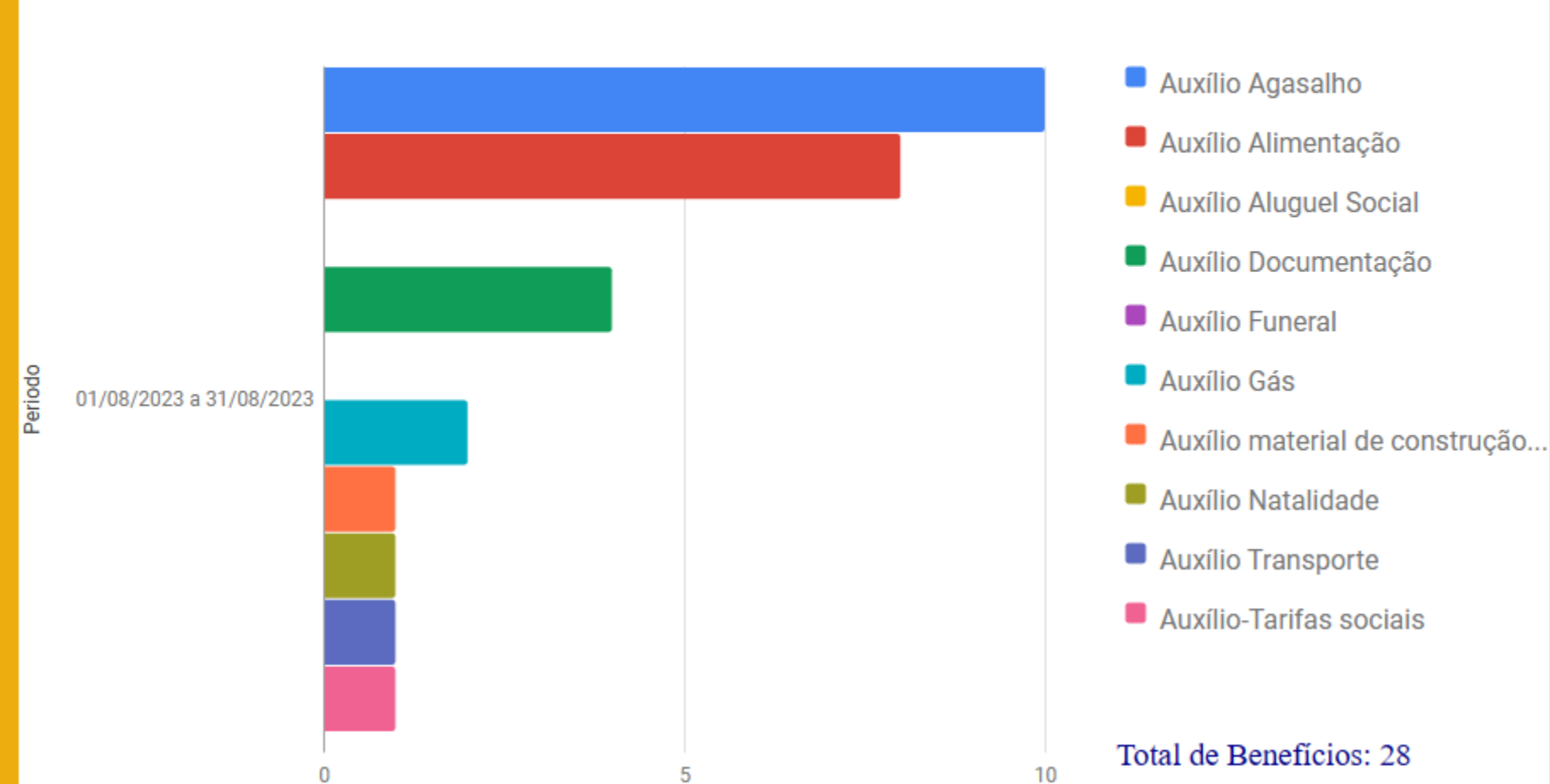
Benefícios Eventual
CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL



Gráficos Benefícios Eventuais Maior Ocorrência Visualizada Facilmente



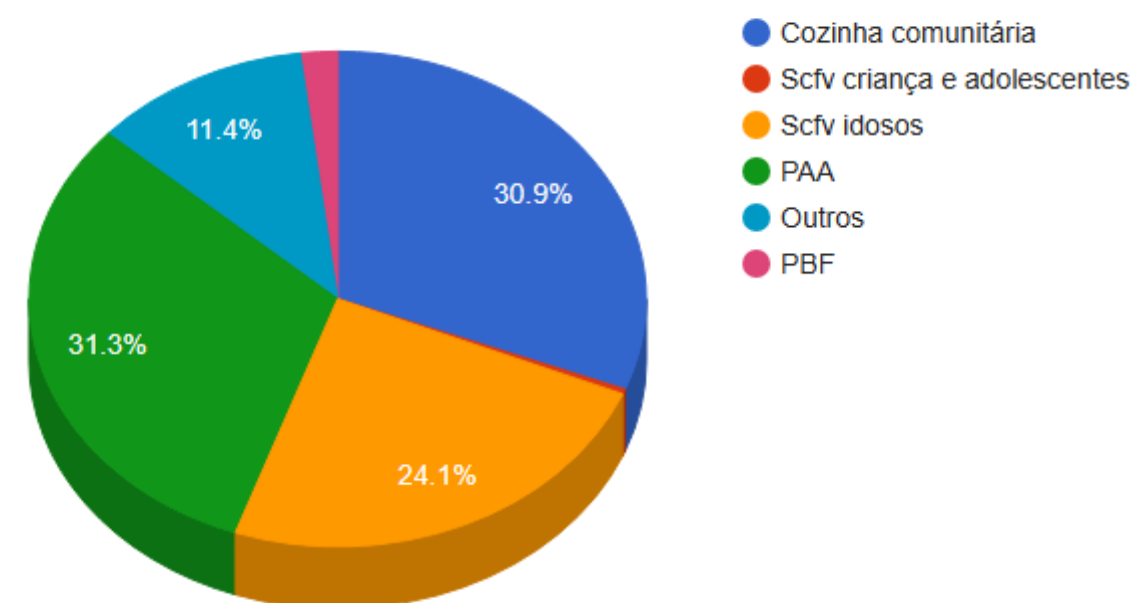
Benefícios Eventual
CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL



Gráficos Benefícios Eventuais



Familias Assistidas



Parte
Burocrática
(Solicitações,
convocações,
recibos e
pareceres) com
fácil acesso.



<i>Enxoval</i>	<i>Residência</i>	<i>Famílias</i>	<i>Programas</i>
<i>Solicitação</i>	<i>Recebimento</i>	<i>RMA</i>	<i>Socioeconômico</i>
<i>Comparecimento</i>	<i>Declaração</i>	<i>Auditoria</i>	<i>Parecer</i>
<i>Indigenas</i>			



Requerimento de Solicitação de Benefício Padronizados e Formatados

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO EVENTUAL Nº 44/2023

Nome do Solicitante/Representante Legal: CARMEM		Grau de parentesco c/ beneficiário(a)	
RG: 909	CPF: 82	Telefones: 83 98805	
NOME DO(A) BENEFICIÁRIO(A):CARMEM LUCIA DA SILVA LIMA			
RG:	CPF:	Data de Nascimento: 01/12/1959	Idade:63
Endereço: RUA DUQUE DE CAXIAS		Bairro/Sítio: CENTRO	
Município: RIO TINTO	UF: PB	TELEFONE: 83	Codigome:

TIPO DE BENEFÍCIO REQUERIDO

Venho REQUERER da parte da Secretaria Municipal de Assistência Social, o Benefício Eventual, na modalidade AUXÍLIO NATALIDADE, com a concessão de KIT ENXOVAL, em razão de ausência de condições para suprir necessidades básicas pessoais, ou de sua família, de acordo com os termos da Lei Municipal nº668 /1997, de 28 de abril de 1997, que cria o Conselho Municipal de Assistência Social e em concordância com as Leis Municipais nº 996/2016, de 27 de abril de 2016, que regulamenta a Lei de Benefícios Eventuais, no âmbito do Município de RIO TINTO/PB, atendendo ainda, o que retrata a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei 8.742/93, considerando a Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social Nº 39, de 09 de Dezembro de 2010, e a Resolução nº 03/2021, de 08 de abril de 2021, do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS.

O(a) beneficiário(a) acima qualificado(a) REQUER o seguinte:

BENEFÍCIO EVENTUAL Auxílio Natalidade

Valor R\$: 125,00

ANÁLISE DE ENQUADRAMENTO DO BENEFICIÁRIO

- Possui renda per capita igual ou inferior a ½ do salário mínimo vigente? Sim Não
- Possui cadastro no CRAS ou CadÚnico? Sim Não
- Possui cadastro no Programa Criança Feliz? Sim Não
- Realizou todas as consultas de Pré-Natal? Sim Não
- Reside no município? Sim Não
- Faz parte de grupo de acompanhamento do CRAS? Sim Não
- O(a) bebê já nasceu e está com menos de 30 dias de vida? Sim Não

PARA USO DO(A) REQUERENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

Declaro para os devidos fins de prova e sob pena da lei, que sou pessoa carente, necessitando da ajuda assistencial do município para suprir minhas necessidades emergenciais, a(s) qual(is) venho requerer e que estou ciente das punições decorrentes de informações inverídicas, conforme Art. 348 do Código Penal Brasileiro e Decreto nº 2.848/40.

DATA DA SOLICITAÇÃO:30/08/2023

Assinatura do(a) Requerente/Representante Legal

PARA USO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL RESPONSÁVEL

Assinatura e carimbo do(a) Assistente Social

DESPACHO DO(A) GESTOR(A) DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

APROVADO?

Sim

Não

A beneficiária atende aos critérios legais para concessão de benefício eventual. Encaminhe-se para análise e emissão de Parecer.
RIO TINTO - PB, em 31/08/2023

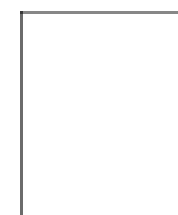
Declaração de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA LEI 7.115 DE AGOSTO DE 1983

Eu, CARMEM I. _____, inscrito(a) no CPF sob número: 8220_____, portador(a) da Cédula de Identidade nº: 907_____, Órgão Expedidor SSPPB UF:PB, declaro para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que resido no endereço: RUA DUQUE DE CAXIAS Bairro: CENTRO Município: RIO TINTO UF:PB Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo: "Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.

RIO TINTO PB Quinta-feira 31 Agosto 2023

Assinatura do(a) Requerente/Representante Legal



Polegar Direito

Famílias Cadastradas



UNIDADE I ICRAS

UNIDADE II ICCPI

Todos Ok!



Total --> 358

Nome	Data Nasc.	Acolhido em	Dias
<u>COSMA DA SILVA FIGUEREDO</u>	08/01/1975	10/08/2023	24
<u>ADRIANA DA SILVA (DURVAL DE ASSIS)</u>	09/11/1980	08/02/2023	207
<u>ADRIANA SILVA ALVES</u>	18/12/2023	14/07/2023	51
<u>ALERIANE LOURENÇO DUTRA</u>	31/10/1987	21/07/2023	44
<u>ALICE DE OLIVEIRA FERREIRA (CCPI)</u>	29/12/1942	21/07/2023	44
<u>ALTIERES DOS S.HORTEGA MONTES(D.D ASSIS)</u>	26/12/1982	08/02/2023	207
<u>ANA CLARA RODRIGUES DA SILVA</u>	27/10/2004	20/07/2023	45

Solicitação de Benefício Eventual



REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO BENEFÍCIO EVENTUAL

Nome Completo da Pessoa de Referência: Nome do(a) beneficiário(a): Mesmo endereço? Sim Não

R.G: CPF: Telefones:

NOME DO(A) BENEFICIÁRIO(A):
R.G: CPF: Data Nasc: Idade: anos

ENDEREÇO:
Logradouro: Bairro/Sítio: Município:
UF: TELEFONE: Codinome:

TIPO DE BENEFÍCIO REQUERIDO

Nos termos da Lei Municipal nº668 /1997, de 28 de abril de 1997 que cria o Conselho Municipal de Assistência Social em concordância com as Leis Municipais nº 998/2016, de 27 de abril de 2016 que regulamenta a Lei de Benefícios Eventuais, no âmbito do Município de RIO TINTO/PB, atendendo o que retrata a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, e considerando a Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social Nº 39, de 09 de Dezembro de 2010, e a Resolução nº 03/2021, de 08 de abril de 2021, do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS.

BENEFÍCIO EVENTUAL: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Auxílio Funeral<input type="checkbox"/> Auxílio Natalidade	BENEFÍCIO EMERGENCIAL: Auxílio por situação de vulnerabilidade temporária: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Auxílio Alimentação<input type="checkbox"/> Auxílio gás<input type="checkbox"/> Auxílio documentação/foto<input type="checkbox"/> Auxílio transporte<input type="checkbox"/> Auxílio-tarifas sociais	BENEFÍCIO EMERGENCIAL: Auxílio por situação de intempéries, desastre e calamidade pública: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Auxílio material de construção/elétrico/hidráulico<input type="checkbox"/> Auxílio agasalho<input type="checkbox"/> Auxílio Aluguel Social Valor R\$: <input type="text"/>
---	--	--

ANÁLISE DE ENQUADRAMENTO DO BENEFICIÁRIO

Possui renda per capita igual ou inferior a 1/3 do salário mínimo vigente? Sim Não
Possui cadastro no CRAS ou CadÚnico? Sim Não
Reside no município? Sim Não

PARA USO DO(A) REQUERENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

Declaro para os devidos fins de prova e sob pena da lei, que sou pessoa carente, necessitando da ajuda assistencial do município para suprir minhas necessidades emergenciais, a(s) qual(is) venho requerer e que estou ciente das punições decorrentes de informações inverídicas, conforme Art. 348 do Código Penal Brasileiro e Decreto nº 2.848/40.



DATA DA SOLICITAÇÃO:

Solicitação de Benefício Eventual

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO EVENTUAL Nº 2/2023

Nome do Solicitante/Representante Legal: CARMEM LUCIA DA ...		Grau de parentesco c/ beneficiário(a)	
RG: 90	CPF: 822	Telefones: 83 98805	
NOME DO(A) BENEFICIÁRIO(A):CARMEM LUCIA DA SILVA LIMA			
RG:	CPF:	Data de Nasc.: 01/12/1959	Idade63
Endereço: RUA DUQUE		Bairro/Sítio: CENTRO	
Município: RIO TINTO	UF: PB	TELEFONE: 83 98805 4778	Codinome:

TIPO DE BENEFÍCIO REQUERIDO

Nos termos da Lei Municipal nº668 /1997, de 28 de abril de 1997 que cria o Conselho Municipal de Assistência Social em concordância com as Leis Municipal nº 996/2016, de 27 de abril de 2016 que regulamenta a Lei de Benefícios Eventuais, no âmbito do Município de RIO TINTO/PB, atendendo o que retrata a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, e considerando a Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social Nº 39, de 09 de Dezembro de 2010, e a Resolução nº 03/2021, de 08 de abril de 2021, do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS.

O(a) beneficiário(a) acima qualificado(a) REQUER o seguinte:

BENEFÍCIO EVENTUAL Auxílio Funeral Auxílio Natalidade

BENEFÍCIO EMERGENCIAL: Auxílio por situação de vulnerabilidade temporária:

Auxílio Alimentação Auxílio gás Auxílio documentação/foto Auxílio transporte Auxílio-tarifas sociais

BENEFÍCIO EMERGENCIAL: Auxílio por situação de intempéries, desastre e calamidade

pública: Auxílio material de construção/elétrico/hidráulico Auxílio agasalho Auxílio Aluguel Social

Valor R\$:

ANÁLISE DE ENQUADRAMENTO DO BENEFICIÁRIO

Possui renda per capita igual ou inferior a 1/3 do salário mínimo vigente? Sim Não

Possui cadastro no CRAS ou CadÚnico? Sim Não

Reside no Município? Sim Não

PARA USO DO(A) REQUERENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

Declaro para os devidos fins de prova e sob pena da lei, que sou pessoa carente, necessitando da ajuda assistencial do município para suprir minhas necessidades emergenciais, a(s) qual(is) venho requerer e que estou ciente das punições decorrentes de informações inverídicas, conforme Art. 348 do Código Penal Brasileiro e Decreto nº 2.848/40.

DATA DA SOLICITAÇÃO: 31/08/2023

Assinatura do(a) Requerente/Representante Legal

PARA USO DO(A) TÉCNICO RESPONSÁVEL

Assinatura e carimbo do(a) Técnico Responsável

DESPACHO DO(A) GESTOR(A) DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

APROVADO?

Sim

Não

A beneficiária atende aos critérios legais para concessão de benefício eventual. Encaminhe-se para análise e emissão de Parecer.

RIO TINTO - PB, em 31/08/2023

Elieverton da Silva Dantas
Secretaria do Trabalho e Assistência Social

Recebimento de Benefício



RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO



Beneficiado(a): CARMEM

BENEFÍCIO EVENTUAL:

- Auxílio Funeral
- Auxílio Natalidade

BENEFÍCIO EMERGENCIAL:

Auxílio por situação de vulnerabilidade temporária:

- Auxílio Alimentação
- Auxílio gás
- Auxílio documentação/foto
- Auxílio transporte
- Auxílio-tarifas sociais

BENEFÍCIO EMERGENCIAL:

Auxílio por situação de intempéries, desastre e calamidade pública:

- Auxílio material de construção/elétrico/hidráulico
- Auxílio agasalho
- Auxílio Aluguel Social



● Download ○ Abrir



SECRETARIA DO
TRABALHO E
E ASSISTÊNCIA SOCIAL



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO TINTO
SECRETARIA DO TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS
"MARGARIDA MARIA STOSSBERG"**

TERMO DE RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO EVENTUAL

Eu, CARMEM RG 90^º órgão emissor SSPPB UF: PB expedida em 14/07/2015, portador(a) do CPF: 822 e/ou NIS: 1621 nascido(a) dia 01/12/1959 residente no endereço RUA DUQUE DE CAXIAS Bairro: CENTRO Município: RIO TINTO UF: PB com telefone de contato 83 988^º, declaro que recebi o Benefício Eventual e/ou Emergencial Auxílio Documentação da Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social, concedido através do CRAS, nos termos da Lei Municipal nº 668 /1997, de 28 de abril de 1997 que cria o Conselho Municipal de Assistência Social em concordância com as Leis Municipais nº 996/2016, de 27 de abril de 2016 que regulamenta a Lei de Benefícios Eventuais, no âmbito do Município de RIO TINTO/PB, atendendo o que retrata a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, e considerando a Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social Nº 39, de 09 de Dezembro de 2010, e a Resolução nº 03/2021, de 08 de abril de 2021, do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS.

RIO TINTO PB Quinta-feira 31 Agosto 2023

Assinatura do(a) responsável

Assinatura do(a) beneficiário(a)

Acompanhamento
de Recebimento
de
Benefício

RMA

Relatório Mensal de Atendimento

FORMULÁRIO 1 - RELATÓRIO MENSAL DE ATENDIMENTOS DO CRAS**MÊS:** Agosto / 20 23

Nome da Unidade: Centro de referência da Assistência Social Nº da Unidade: | 2 | 5 | 1 | 2 | 9 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | 7 | |

Endereço: Avenida Santa Elizabeth

Município: Rio Tinto

UF: PB

Bloco 1 - Famílias em acompanhamentos pelo PAIF

A. Volume de famílias em acompanhamento pelo PAIF	Total
A.1. Total de famílias em acompanhamento pelo PAIF	4
A.2. Novas famílias inseridas no acompanhamento do PAIF durante o mês de referência	2
B. Perfil das novas famílias inseridas em acompanhamento no PAIF, no mês de referência	Total
B.1. Famílias em situação de extrema pobreza	0
B.2. Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	6
B.3. Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, em descumprimento de condicionalidades	0
B.4. Famílias com membros beneficiários do BPC	2
B.5. Famílias com crianças ou adolescentes em situação de trabalho infantil	4
B.6. Famílias com crianças ou adolescentes em Serviço de Acolhimento	1

* Atenção! Os itens B1 a B6 buscam identificar apenas alguns "perfis" de famílias, portanto é normal que algumas famílias contadas no item A2 não se enquadrem em nenhuma das condições acima, enquanto outras podem se enquadrar simultaneamente em mais de uma condição; portanto o soma de B1 a B6 não terá, necessariamente, o mesmo valor relatado em A2.

Bloco 2 - atendimentos individualizados realizados no CRAS

C. Volume de atendimentos individualizados realizados no CRAS, no mês de referência	Quantidade
C.1. Total de atendimentos individualizados realizados, no mês	0
C.2. Famílias encaminhadas para inclusão no Cadastro Único	3
C.3. Famílias encaminhadas para atualização cadastral no Cadastro Único	0
C.4. Indivíduos encaminhados para acesso ao BPC	0
C.5. Famílias encaminhadas para o CREAS	5
C.6. Visitas domiciliares realizadas	0

* Nos campos C1 a C6 devem ser contabilizadas todas as famílias/indivíduos, independente de estarem, ou não, em acompanhamento sistemático do PAIF.

Bloco 3 - atendimentos coletivos realizados no CRAS

D. Volume dos Serviços de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos, no mês de referência	Quantidade
D.1. Famílias participando regularmente de grupos no âmbito do PAIF	0
D.2. Crianças de 0 a 6 anos em Serviços de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos	1
D.3. Crianças/ adolescentes de 7 a 14 anos em Serv. de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	0
D.4. Adolescentes de 15 a 17 anos em Serviços de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos	4
D.5. Idosos em Serviços de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos para Idosos	0
D.6. Pessoas que participaram de palestras, oficinas e outras atividades coletivas de caráter não continuado	8
D.7. Pessoas com deficiência, participando dos Serviços de Convivência ou dos grupos do PAIF	0

* Apesar dos serviços de convivência e fortalecimentos não estarem mais vinculados a faixas etárias, para facilidade de registro, os usuários devem ser contabilizados, de acordo com a sua idade, independente de estarem, ou não, no mesmo grupo.

Nome do Coordenador do CRAS: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

Cadastro Individual SÓCIO-ECONÔ-MICO



Cadastro Socioeconômico



Nome Completo da Pessoa de Referência: CARMEM
Nome do(a) beneficiário(a): O Mesmo
Mesmo endereço? Sim Não
Ok! [VOLTAR](#)

NIS: 16 RG: 90 Orgão Emissor: SSFPB CPF: 822 Telefones: 83 98805 4778

NOME DO(A) BENEFICIÁRIO(A): CARMEM LUCIA DA SILVA LIMA MÃE DO(A) BENEFICIÁRIO(A): MARIA
RG: CPF: Data Nasc. 01/12/1959 Idade 63 anos

Logradouro: RUA DUQUE Bairro/Sítio: CENTRO Município: RIO TINTO
UF: PB TELEFONE: 83 Codinome:

O ENDEREÇO INFORMADO CONFERE COM O COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA?
Desfaz Sim Não SE NÃO JUSTIFIQUE:

ATUALMENTE RESIDE EM? RIO TINTO SE NÃO, RESIDE AONDE?
Desfaz Sim Não UF:

ESTADO CIVIL: Desfaz Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Divorciado(a)/Separado(a) União Estável
RAÇA/COR QUE SE DECLARA: Desfaz Branca Parda Negra Indígena Amarela

GÊNERO: Desfaz Masculino Feminino ORIENTAÇÃO SEXUAL: Desfaz Heterossexual Homossexual Bissesual
Nome Social:

PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA? Desfaz Não Sim SE SIM, ESPECIFIQUE O TIPO DE DEFICIÊNCIA: Desfaz Mental Física Intelectual
SE FOR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA, QUAL OU QUAIS DEFICIÊNCIA(S) POSSUI?

USA CADEIRA DE RODAS? SE MULHER, ESTÁ GRÁVIDA? Desfaz Não Sim Desfaz Não Sim
ESTÁ AMAMENTANDO? Desfaz Não Sim
POSSUI ALGUMA DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? QUAL?

PROFISSÃO: ESCOLARIDADE: Desfaz Analfabeto Alfabetizado Fund. Completo Fund. Incompleto Médio Completo Médio Incompleto
 Sup. Completo Sup. Incompleto

SITUAÇÃO OCUPACIONAL:
 TRABALHANDO C/ CARTEIRA ASSINADA TRABALHANDO INFORMAL BISCATE APOSENTADO(A)/PENSIONISTA BPC AUTÔNOMO
 SEGURO DESEMPREGO SEGURO PESCA DESEMPREGADO BOLSA FAMÍLIA ESTUDANTE

CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS

REPRESENTANTE LEGAL: CARMEM LUCIA DA SILVA LIMA

NIS: 16 RG: 90 Orgão: SSPPB

CPF: 822 Telefones: 83 98805 4778

Nome do(a) Beneficiário(a): CARMEM LUCIA DA SILVA LIMA Nome da Mãe: MARIA

RG: CPF: Data Nasc: 01/12/1959 Idade: 63 anos

O ENDEREÇO INFORMADO CONFERE COM O COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA?

Sim Não

SE NÃO JUSTIFIQUE:

ATUALMENTE RESIDE EM? RIO TINTO

SE NÃO, RESIDE AONDE?

Sim Não

UF

ESTADO CIVIL: RAÇA/COR QUE SE DECLARA: GÊNERO: ORIENTAÇÃO SEXUAL Nome Social

Viúvo(a)

Branca

Masculino

PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA?

SE SIM, ESPECIFIQUE O TIPO DE DEFICIÊNCIA:

Não

Mental

SE FOR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA, QUAL OU QUAIS DEFICIÊNCIA(S) POSSUI?

USA CADEIRA DE RODAS?: SE MULHER, ESTÁ GRÁVIDA?: ESTÁ AMAMENTANDO?:

Sim

POSSUI ALGUMA DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? QUAL?

ESCOLARIDADE: PROFISSÃO:

SITUAÇÃO OCUPACIONAL

Alfabetizado

SEGURO PESCA

RENDA ATUAL R\$: RECEBE BOLSA FAMÍLIA?

E SIM, QUANTO RECEBE

RECEBE BENEFÍCIO DO ESTADO?

R\$

RESIDE EM CASA : SE PAGA ALUGUEL,
PRÓPRIA QUANTO PAGA? R\$:

NÚMERO DE CÔMODOS
DA CASA:

PARA COZINHAR OS
ALIMENTOS USA:GÁS -

SOBRE A MORADIA:

TIPO DE CONSTRUÇÃO: PISO:

BANHEIRO:

A ÁGUA CONSUMIDA É

ALVENARIA

TRATADA

A ENERGIA ELÉTRICA É
RELÓGIO PRÓPRIO

LIXO

COLETA DIÁRIA

FORMA DE ACESSO:

DEMANDA ESPONTÂNEA

SITUAÇÃO ATUAL DO SOLICITANTE

DESCUMPRIMENTO DE CONDICIONALIDADE DO PBF

TIPO DE BENEFÍCIO SOLICITADO

BENEFÍCIO EVENTUAL
AUXÍLIO NATALIDADE

BENEFÍCIO EMERGENCIAL
AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

Relatório
SOCIO-
ECONÔ-
MICO
do
Atendido.

Relatório SOCIO- ECONÔ- MICO do Atendido.

SECRETARIA DO
TRABALHO E DA
ASSISTÊNCIA SOCIAL



CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS

COMPOSIÇÃO DOS MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR

NOME(S) DO(S) MEMBRO(S) DO GRUPO FAMILIAR	Idade	Parentesco	Sexo	SITUAÇÃO OCUPACIONAL	RENDA ATUAL
Lucas Martins da Silva Lima	26 anos	Filho(a)	Masculino		R\$ 0,00
José Martins da Silva Lima	68 anos	Cônjuge/ companheiro(a)	Masculino		R\$ 0,00

TOTAL DE MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR: 2 RENDA TOTAL DA FAMÍLIA: R\$ 0,00 RENDA PER CAPTA FAMILIAR: R\$ 0,00

BREVE RELATO DA SITUAÇÃO /ENCAMINHAMENTOS/OBSERVAÇÕES NECESSÁRIAS:

ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS:

SCFV

AGENTE DE SAÚDE DE SUA ÁREA: ANA

ENTREVISTADOR(a): MARIA

DATA DA ENTREVISTA: 22/08/2023

A presente declaração é feita sob as penas da lei, ficando o(a) declarante ciente das punições decorrentes de informações inverídicas, conforme Art. 348 do Código Penal Brasileiro e Decreto nº 2.848/40

ASSINATURA DO(A) SOLICITANTE/REPRESENTANTE LEGAL

RIO TINTO Quinta-feira 31 de Agosto de 2023

Relatório por diversida- de de exemplo: Indígenas



Famílias indígenas



Residente em Aldeia/Reserva 71

Responsável

MARIA DA GUIA BARBOSA DE MEDEIROS

ADRIANA SILVA ALVES

MARINALVA BERNARDO DA SILVA

MARIA DA PENHA BRAZ DA SILVA

SIMONE SILVA DOS SANTOS

ALERIANE LOURENÇO DUTRA

Não Residente em Aldeia/Reserva 0

Responsável

Auditoria



Auditoria de Programas de Inclusão



Programas	Familias
Cozinha comunitária	95
Scfv criança e adolescentes	1
Scfv idosos	78
PAA	99
Oficinas de PAIF	0
Outros	66
PBF	63
BPC	1
Acompanhamento Familiar	4
PCF	1
Em espera	
Cozinha comunitária	5
PAA	4

Total de Familias Cadastradas: 348

Total de Inclusões: 408



Pareceres



Parecer

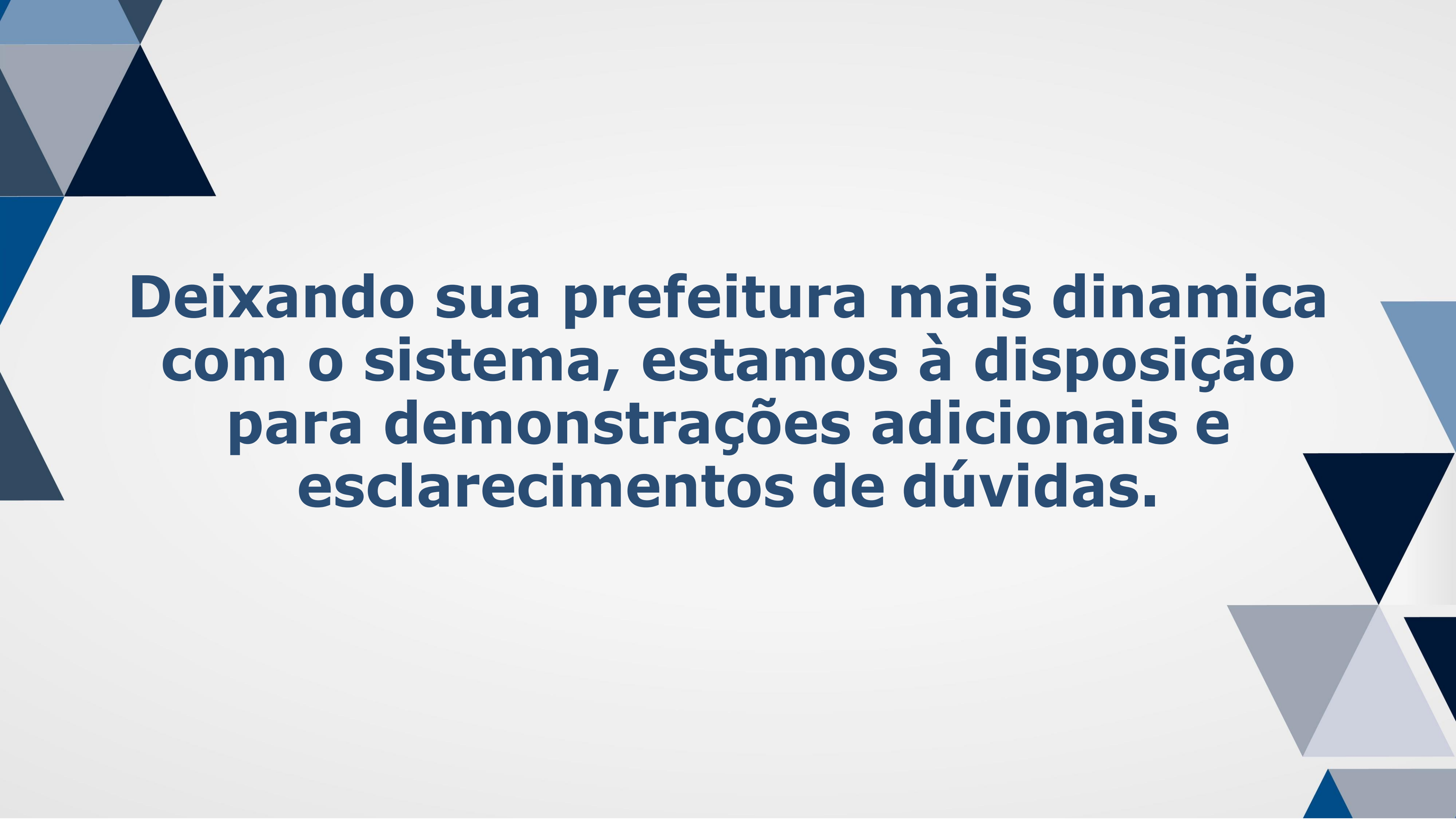


CARMEM

Escolha o auxílio

- Agasalho
- Alimentação
- Social
- Documentação/foto
- Funeral
- Gas
- Construção
- Natalidade
- Transporte
- Tarifas Sociais

Prevalecendo a ÉTICA do sigilo da informação, todos os dados inseridos neste portfolio são ilustrativos!



**Deixando sua prefeitura mais dinamica
com o sistema, estamos à disposição
para demonstrações adicionais e
esclarecimentos de dúvidas.**



CONSULTORIA & SISTEMAS

www.cras.net.br

sac@cras.net.br

(82) 9-9664-6384

