

Como solicitar a alteração do nome social?

Se você é trans/travesti e deseja obter o nome social na sua certidão de nascimento, procure o Cartório de Registro Cível da sua cidade. Lembre-se que você deve ser maior de 18 anos para solicitar sozinho(a).



A lista de **documentos** para solicitar o nome social é grande. Para ter acesso à lista você pode ir até o Cartório ou ir até o **Setor de Direitos Humanos** na Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos.

Telefones úteis

Cartório de Registro Cível:

(22) 26218713

Secretária de Assistência Social e Direitos Humanos:

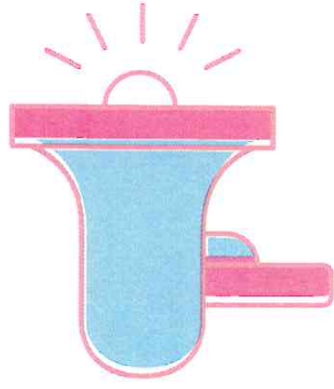
(22) 26274550

O SUAS respeita a diversidade!

Afinal, o que é nome social?

Nome social se refere ao nome em que pessoas trans e travestis preferem ser chamados(as), já que o nome civil não reflete a identidade dessas pessoas.

O NOME SOCIAL É UM DIREITO E DEVE SER RESPEITADO.



Ainda está com dúvidas? Procure a **Coordenadoria de Políticas Públicas LGBTI** do município de São Pedro da Aldeia.

NOME SOCIAL

Você sabe o que é?



PMSPA-SASDH
Proc. nº 7178/2021
Fl. nº 26
Rubrica: *[assinatura]*

LGBTFOBIA É CRIME



- Até **3 anos** de prisão para quem pratica;
- Sem a possibilidade de fiança;
- Pode ser denunciado a qualquer momento.

DENUNCIE!

**DISQUE
DIREITOS
HUMANOS**



PMSP-ASDH	
Proc. nº	7178/2021
Fl. nº	27
Rubrica	<i>[Assinatura]</i>



Sinal Vermelho

**contra a violência
doméstica.**

Durante a pandemia os casos de violência contra a mulher aumentaram. Se você for vítima de violência doméstica:

- 1. Faça um 'x' na mão com caneta ou batom**
- 2. Vá até uma farmácia com identificação da campanha**
- 3. Mostre o sinal para o atendente**
- 4. Ele vai acionar a Polícia Militar**



Sinal Vermelho contra a violência doméstica.

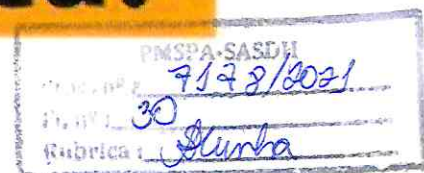
Durante a pandemia os casos de violência contra a mulher aumentaram. Se você for vítima de violência doméstica:

- 1. Faça um 'x' na mão com caneta ou batom**
- 2. Vá até uma farmácia com identificação da campanha**
- 3. Mostre o sinal para o atendente**
- 4. Ele vai acionar a Polícia Militar**

Você não está sozinha, denuncie.



Sinal Vermelho contra a violência doméstica.



Durante a pandemia os casos de violência contra a mulher aumentaram. Se você for vítima de violência doméstica:

- 1. Faça um 'x' na mão com caneta ou bat**
- 2. Vá até uma farmácia com identificação da campanha**
- 3. Mostre o sinal para o atendente**
- 4. Ele vai acionar a Polícia Militar**

Você não está sozinha, denuncie

Sinal vermelho contra violência doméstica

Se uma mulher chegar à farmácia com um X vermelho na palma da mão, entenda como uma denúncia silenciosa de violência doméstica.

Como agir?

1. Não faça muitas perguntas e aja com rapidez e acolhimento.
2. De forma reservada, usando os meios à sua disposição, registre o nome, o telefone e o endereço da vítima e acione o 190. Se a vítima disser que não quer a polícia naquele momento, entenda. Após a saída dela, transmita as informações pelo telefone 190.
3. O farmacêutico ou atendente não precisará acompanhar a polícia. Não são testemunhas da violência.

*Essa é uma questão de solidariedade.
Para a mulher, basta um X vermelho na mão.
Para a farmácia, basta uma ligação.*

Realização



Apoio



[illegible]

32
7178/2021
Dunba

SOLICITAÇÃO DE CARTEIRA DO IDOSO

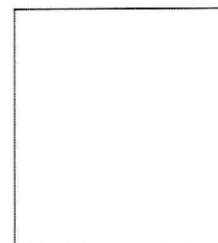
Processo: 7138/2021
Fl. nº: 33
Rubrica: Sinha

Emitida

Nome: _____

NIS: _____ Código Familiar: _____ CPF: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: _____



Emitida

Nome: _____

NIS: _____ Código Familiar: _____ CPF: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: _____



Emitida

Nome: _____

NIS: _____ Código Familiar: _____ CPF: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: _____

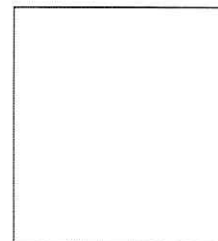


Emitida

Nome: _____

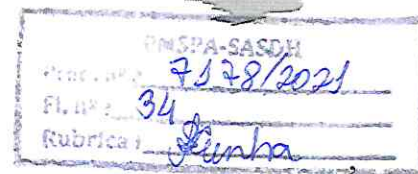
NIS: _____ Código Familiar: _____ CPF: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: _____





TERMO DE RESPONSABILIDADE



- 1) Eu, _____,
NIS _____, declaro, ciente do disposto no art. 299 do Código Penal, que **todas as pessoas listadas abaixo moram no meu domicílio** e possuem o seguinte **rendimento total** detalhado para cada pessoa, incluindo remuneração de doação, de trabalho, ou de outras fontes:

Nº	NOME	PARENTESTO	OCUPAÇÃO	RENDA BRUTA MENSAL
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				

- 2) Declaro ter clareza de que:

- Podem se inscrever no Cadastro Único, famílias com renda de até 3 (três) salários mínimos ou famílias com até meio salário mínimo per capita;
- É ilegal deixar de declarar informações ou mesmo prestar informações falsas para o Cadastro Único, com o objetivo de participar ou de se manter no Bolsa Família, ou em qualquer outro programa social;
- As famílias que podem participar do Programa Bolsa Família são aquelas em situação de extrema pobreza com renda mensal de até R\$89,00 per capita, e famílias em situação de pobreza com renda mensal de R\$89,01 até R\$178,00 per capita;
- As famílias que fraudam o Bolsa Família terão o benefício cancelado e serão obrigadas a devolver todos os valores recebidos indevidamente, além de responder penal e civilmente pelas fraudes cometidas;
- A qualquer tempo poderei receber visita domiciliar de servidor do município para avaliar se a situação socioeconômica da minha família está de acordo com as informações prestadas ao Cadastro Único;

Assumo o compromisso de atualizar o cadastro, sempre que ocorrer alguma mudança nas informações de minha família, como endereço, rendimento e trabalho, nascimento ou óbito, entre outras.

São Pedro da Aldeia, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

DATA	FUNCIONÁRIO	RESUMO					
		Inform.	1º Cad.	Atual.	Transf.	Cancel.	Total

[illegible]

UNSPA-SASDI
7578/2021
36
Rubrica: *Plumha*

[illegible]

I – INFORMAÇÃO P – PRIMEIRO CADASTRO A – ATUALIZAÇÃO T – TRANSFERÊNCIA C - CANCELAMENTO



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS



PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

PROSPA-SASEH	
Proc. nº	7578/2021
Fl. nº	37
Rubrica	Alinha

Nome: _____

Código Familiar: _____ Nis: _____

Tel: 0800 726 0207

T

T



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Proc. nº 7178/2021
Fl. nº 38
Rubrica: *[assinatura]*

FICHA DE EXCLUSÃO DE PESSOA

Código Familiar: _____ NIS do RF: _____

Nome do Responsável pela Unidade Familiar (RF):

Data da exclusão: ____/____/____

Nome da Pessoa Excluída:

1 - _____ Nis: _____

Motivo da exclusão: () Falecimento - () Desligamento da Família - () Solicitação da Pessoa - () Decisão Judicial

2 - _____ Nis: _____

Motivo da exclusão: () Falecimento - () Desligamento da Família - () Solicitação da Pessoa - () Decisão Judicial

3 - _____ Nis: _____

Motivo da exclusão: () Falecimento - () Desligamento da Família - () Solicitação da Pessoa - () Decisão Judicial

4 - _____ Nis: _____

Motivo da exclusão: () Falecimento - () Desligamento da Família - () Solicitação da Pessoa - () Decisão Judicial

Local e Data: _____

Assinatura do Responsável Familiar ou solicitante:

Assinatura do entrevistador/responsável pelo cadastramento:

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão “ A ROGO ” e, a seguir, o nome do RF.

(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação , substituindo a assinatura, foi delegada a outra pessoa)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS



PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Formulário de Impossibilidade de Inclusão ou Atualização no Cadastro Único

☐ REQUERENTE BPC

☐ BENEFICIÁRIO DO BPC

☐ IMPOSSIBILIDADE DE INCLUSÃO

☐ IMPOSSIBILIDADE DE ATUALIZAÇÃO

1. DADOS

NOME (preenchimento obrigatório)

DATA DE NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)

NOME DA MÃE

UF/MUNICÍPIO DE NASCIMENTO

2. DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO (PREENCHER SE HOUVER)

CPF (preenchimento obrigatório)

NB - Número do Benefício (somente para beneficiários)

TÍTULO DE ELEITOR

ZONA

SEÇÃO

RG

COMPLEMENTO

ORGÃO EMISSOR

ESTADO EMISSOR

CERTIDÃO DE NASCIMENTO/CASAMENTO OU RANI:

NÚMERO DO LIVRO

FOLHA

Termo

Matrícula Única

CTPS:

NÚMERO

SÉRIE

DATA DE EMISSÃO

ESTADO EMISSOR

3. CONTATOS (preencher se houver)

TELEFONE FIXO

TELEFONE CELULAR

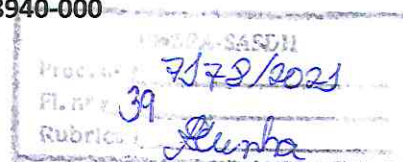
E-MAIL

4. MOTIVOS DE IMPOSSIBILIDADE DE INCLUSÃO OU ATUALIZAÇÃO NO CADASTRO ÚNICO

- ☐ Requerente ou beneficiário menor de 16 anos internado em instituição, abrigo, asilo ou hospital há 12 meses ou mais;
- ☐ Requerente ou beneficiário incapaz sem família de referência;
- ☐ Outros motivos. Especificar (não utilizar para pessoas não encontradas ou que não residem mais no município):

Rua Nilo Peçanha, 45 – Centro. São Pedro da Aldeia/ RJ - CEP: 28940-000

Tel.: (22) 2621-7274 – bolsafamilia@pmspa.rj.gov.br



This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. On the left side, there are two circular binder holes punched through the paper. The paper appears to be a standard notebook page or a sheet of stationery designed for writing. There is no handwriting or other markings on the page.

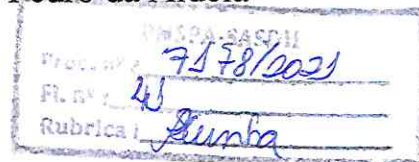


CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Lei Municipal nº 1.388/00 – Lei Federal nº 8.069/90

Rua Agenor Pimentel de Carvalho, 43– Centro - São Pedro da Aldeia

Tel. (22) 26276570 /997338909



Encaminhamento à programa em Regime de Acolhimento

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de 20____.

À

ENTIDADE

O Conselho Tutelar, no uso de suas atribuições, com fundamento no Art. 136 e Art. 101, inciso VII, da Lei nº 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente, encaminha _____ para ABRIGO _____ nesta entidade _____ nascido aos _____ de _____ de _____; natural de _____ filho _____ e _____ residente a _____.

Agradecemos a atenção e lembramos que o não cumprimento injustificado da presente, constitui crime e infração administrativa, respectivamente previstos nos artigos 236 e 249 da lei supracitada.

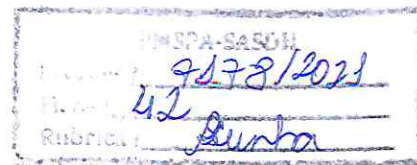
Conselho Tutelar

Ilmº Sr.

D. D. Dirigente



CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Lei Municipal nº 1.388/00 – Lei Federal nº 8.069/90
Rua Agenor Pimentel de Carvalho, 43– Centro - São Pedro da Aldeia.
Tel. (22) 26276570 – 997338909



TERMO DE ENTREGA

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____.

O Conselho Tutelar de São Pedro da aldeia, no uso de suas atribuições previstas no Art. 136 inciso VII, expedir notificações; do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8069/90, vem por meio deste ENTREGAR:

CRIANÇA/ADOLESCENTE: _____

Ao

Responsável/(parentesco): _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Estou ciente que recebi a criança/adolescente acima mencionado(a), comprometendo-me a zelar pelo(a) mesmo(a) e apresenta-lo(a) sempre que for solicitado.

Conselheiro Tutelar: _____

Ciente: _____

Art. 236. Impedir ou embaraçar a ação de autoridade judiciária, membro do Conselho Tutelar ou representante do Ministério Público no exercício de função prevista nesta Lei: Pena - detenção de seis meses a dois anos.

FICHA TÉCNICA

EIA
 PMSDA-SASDH
 7578/2021
 43
 Rubrica: *Sunba*

DATA: __/__/__	CONSELHEIRO: _____
----------------	--------------------

CRIANÇA/ADOLESCENTE	DATA DE NASCIMENTO	IDADE
FILIAÇÃO MÃE: _____ PAI: _____ RESPONSÁVEL/PARENTESCO: _____		
ENDEREÇO: _____ _____		
BAIRRO: _____		
TELEFONE: _____		
DIREITOS VIOLADOS: _____ _____		
VIOLADORES: () SOCIEDADE/ESTADO () RESPONSÁVEIS E OU PAIS () ADOLESCENTE EM RAZÃO DE SUA CONDUTA		

INFORMAÇÕES:

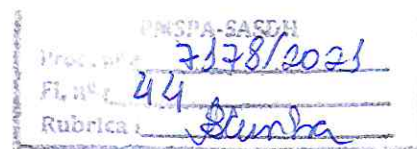


CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Lei Municipal nº 1.388/00 – Lei Federal nº 8.069/90

Rua Agenor Pimentel de Carvalho, 43– Centro - São Pedro da Aldeia.

Tel. (22) 26276570 – 997338909



São Pedro da Aldeia, ____/____/____

NOTIFICAÇÃO

Caso: _____

Criança/adolescente: _____

Filiação/responsável: _____

End/contato: _____

O Conselho Tutelar de São Pedro da Aldeia, no uso de suas atribuições Legais previstas no Art. 136, inciso VII – expedir notificações; do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8069/90, vem por meio deste em **NOTIFICAR** o responsável da criança ou adolescente para comparecer em sua sede,

Dia ____ de ____ de ____ às ____ horas,

Para atendimento, devendo na ocasião se **apresentar com seus filhos** e com as devidas XEROX dos documentos:

- Certidão de Nascimento
- Documento do responsável
- Caderneta de vacina
- Declaração Escolar

O **NÃO** comparecimento injustificado implicará na propositura de medida judicial cabível, previstos no Art. 249º Descumprir, dolosa ou culposamente, os deveres inerentes ao poder familiar ou decorrente de tutela ou guarda, bem assim determinação da Autoridade Judiciária ou CONSELHO TUTELAR. **PENA – Multa de 03 a 20 salários de referência**, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. Cumpri informar que o descumprimento do presente constitui crime e infração administrativa, respectivamente previsto nos Art. 236 e 249.

CONSELHEIRA: _____

Ciente: _____

Art. 236. Impedir ou embaraçar a ação de autoridade judiciária, membro do Conselho Tutelar ou representante do Ministério Público no exercício de função prevista nesta Lei: Pena - detenção de seis meses a dois anos.

[illegible]



Lei Municipal nº 1.388/00 – Lei Federal nº 8.069/90

Tel. (22) 26276570 – 997338909

Aos _____ dias, do mês de _____ do ano de _____, às _____ horas, compareceu na sede deste Conselho Tutelar, o Sr. (a) _____

de _____

Natural de _____, tendo, em resumo,

relato o seguinte:

[illegible]

Encerrado os trabalhos. Os Conselheiros abaixo assinados lavraram o presente termo.

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____

Conselho Tutelar:

Declarante

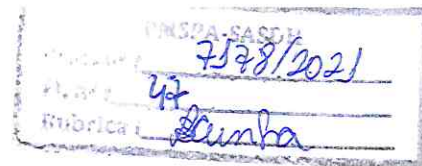


CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Lei Municipal nº 1.388/00 – Lei Federal nº 8.069/90

Rua Agenor Pimentel de Carvalho, 43– Centro - São Pedro da Aldeia.

Tel. (22) 26276570 – 997338909



TERMO DE ENTREGA

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____.

O Conselho Tutelar de São Pedro da aldeia, no uso de suas atribuições previstas no Art. 136 inciso VII, expedir notificações; do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8069/90, vem por _____ meio _____ deste ENTREGAR _____

Ao _____
_____.

Sem mais, renovamos protestos de estima e elevada consideração.

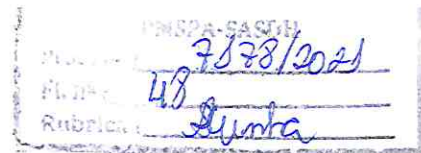
Atenciosamente,

Conselho Tutelar

Responsável: _____



CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
Lei Municipal nº 1.388/00 – Lei Federal nº 8.069/90
Rua Agenor Pimentel de Carvalho, 43– Centro - São Pedro da Aldeia.
Tel. (22) 26276570 – 997338909



São Pedro da Aldeia, ____ de ____ de 20 ____.

Do: Conselho Tutelar

Para: _____

REQUISIÇÃO

↑ **O Conselho Tutelar de São Pedro da Aldeia, no uso de suas atribuições legais previstas Art. 136, inciso III. "A" requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, EDUCAÇÃO, serviço social, trabalho e segurança, do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8069/90, vem por meio deste **REQUISITAR**:**

_____ para _____

Data de nascimento: ____/____/____

Filiação: _____

↑ Endereço/tel: _____

Sem mais, renovamos protesto de estima e elevada consideração.

Atenciosamente,

Conselheiro Tutelar: _____

Ciente: _____



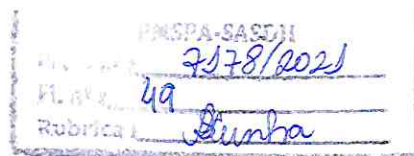
CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Lei Municipal nº 1.388/00 – Lei Federal nº 8.069/90

Rua Agenor Pimentel de Carvalho, 43– Centro - São Pedro da Aldeia. Tel. (22)

26276570 – 997338909

E-mail: conselhotutelar@hotmail.com



São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____.

Caso: _____

Ofício nº _____/_____.

Do: **Conselho Tutelar de São Pedro da Aldeia.**

Para: _____

Criança/adolescente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Filiação: _____

End: _____

ENCAMINHAMENTO

O Conselho Tutelar, com sede a Rua: Agenor Pimentel de Carvalho, 43 Centro, São Pedro da Aldeia – RJ. No uso de suas atribuições **legais previstas no Art. 136, inciso III. “a”, do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8069/90**, vem por meio deste informar que: _____

_____ e **ENCAMINHAR**

o(a) supracitado(a) para medidas Protetivas cabíveis. Diante do que foi relatado, frente à situação de Violação de Direitos da criança/adolescente. Sem mais para o momento reiteramos nossos protestos de elevada estima e consideração e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Conselheiro Tutelar



CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Lei Municipal nº 1.388/00 – Lei Federal nº 8.069/90

Rua Agenor Pimentel de Carvalho, 43 – Centro - São Pedro da Aldeia.

Tel. (22) 26276570 – 997338909

Email : conselhotutelarspa@hotmail.com



São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____.

Caso :

TERMO DE APLICAÇÃO DE MEDIDA

O Conselho Tutelar, com sede à Rua: Agenor Pimentel de Carvalho, 43 – Centro, São Pedro da Aldeia – RJ, no uso de suas atribuições, com fundamento no Artigo 136, Inciso I e Artigo 101, Inciso I ao VII, da Lei nº 8.069/90, delibera aplicação de medida à adolescente, _____, nascido em -

_____, filho de _____
e _____.

As seguintes **MEDIDAS PROTETIVAS**

1 - Não se colocar em Situação de Risco de Vida e Social

2 - Respeitar os responsáveis e os limites impostos por eles.

3 - Frequentar a Escola diariamente, respeitando os horários e os funcionários.

E: _____

Ficam os responsáveis na obrigação de acompanhar o cumprimento destas medidas, comunicando de imediato ao Conselho Tutelar todas as dificuldades para o cumprimento da presente. O descumprimento desta(s) medida(s) implicará na propositura de medida judicial cabível. Lavrado o presente termo.

Cumpri informar que o descumprimento da presente constitui crime e infração Administrativa, respectivamente previsto nos Art. 236 e 249.

Art. 249º Descumprir, dolosa ou culposamente, os deveres inerentes ao poder familiar ou decorrente de tutela ou guarda, bem assim determinação da Autoridade Judiciária ou CONSELHO TUTELAR.

PENA – Multa de 03 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Responsável: _____

Adolescente: _____

Art. 236 - impedir ou embaraçar a ação de Autoridade Judiciária, membro do Conselho Tutelar ou representante do Ministério Público no exercício de função prevista nesta Lei. **PENA** – 06 meses a 02 anos de reclusão

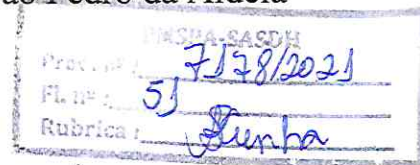


CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Lei Municipal nº 1.388/00 – Lei Federal nº 8.069/90

Rua Agenor Pimentel de Carvalho, 43– Centro - São Pedro da Aldeia

Tel. (22) 26276570 /997338909



TERMO DE ADVERTÊNCIA AOS PAIS OU RESPONSÁVEL

Aos _____ dias, do mês de _____, do ano de _____ às _____ horas, o, considerando os seguintes artigos da Lei nº 8.069/90

Art. 5º - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 18º - É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor;

Art. 22º - Aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais.

Resolve, pelo (s) Conselheiro(s) abaixo assinados, nos termos do Art. 136, inciso II c/c Art. 129, inciso VII, que fica _____, na qualidade de () pais ou () responsável, **ADVERTIDO (S)**, pelo(s) seguinte(s) motivo(o).

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de 20____.

CONSELHO TUTELAR

CIENTE: _____

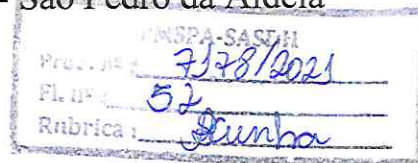


CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Lei Municipal nº 1.388/00 – Lei Federal nº 8.069/90

Rua Agenor Pimentel de Carvalho, 43– Centro - São Pedro da Aldeia

Tel. (22) 26276570 /997338909



TERMO DE APLICAÇÃO DE MEDIDAS A PAIS E RESPONSÁVEL

Aos _____ dias, do mês de _____ de _____, às _____ horas, o _____, no uso de suas atribuições, com fundamento no Art. 136, inciso II e Art. 129 incisos I a VII, da Lei 8.069/90, deliberou a aplicação ao Sr. (a) _____

residente _____ à _____ na _____ qualidade de _____ de _____ da(s) _____ seguinte(s) **MEDIDA(S) PERTINENTE(S):**

Fica o Sr.(a) acima mencionado(a) na obrigação de comunicar de imediato ao **Conselho Tutelar** todas as dificuldades para o cumprimento do presente. O descumprimento desta (s) medida(s) implicará na propositura de medida cabível. Lavrado o presente Termo.

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____.

Conselho Tutelar: _____

Ciente: _____

Responsável: _____

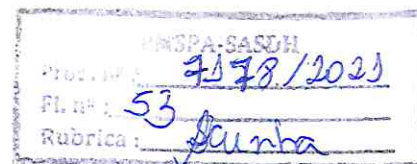


CONSELHO TUTELAR DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Lei Municipal nº 1.388/00 – Lei Federal nº 8.069/90

Rua Agenor Pimentel de Carvalho, 43– Centro - São Pedro da Aldeia

Tel. (22) 26276570 /997338909



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

O Conselho Tutelar do Município de São Pedro da Aldeia, no uso de suas atribuições, Lei Federal nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), declara para os devidos fins que, _____ compareceu na sede deste Conselho no dia _____ para esclarecimentos.

São Pedro da aldeia, _____ de _____ de 20____.

Conselho Tutelar



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS
HUMANOS

CASA DE ACOLHIMENTO MUNICIPAL



CONTROLE DE LIGAÇÕES

INSP-ASDH
Folha nº 54
Rubrica: *Almida*

ADOLESCENTE	DATA	HORA	DURAÇÃO	DESTINO

MÊS: / 20

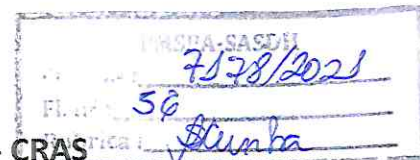
Nº da Unidade: | | | | | | | | | | UF | | |

[illegible]

CPF:

7/178/2028
55
Hunk

TABELAS DE CÓDIGOS PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO 2 - CRAS



Tipo do nº Identificador da pessoa

- 1 – NIS (Número de Identificação Social)
- 2 – CPF (Cadastro de Pessoa Física)

Forma de acesso da família ao CREAS

- 01 – Por demanda espontânea
- 02 – Em decorrência de Busca Ativa realizada pela equipe da unidade
- 03 – Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Básica
- 04 – Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Especial
- 05 – Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Saúde
- 06 – Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Educação
- 07 – Em decorrência de encaminhamento realizado por outras políticas setoriais
- 08 – Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Conselho Tutelar
- 09 – Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Poder Judiciário
- 10 – Em decorrência de encaminhamento realizado por outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Delegacias)

Códigos para Inclusão no PAEFI e Tipos de Encaminhamentos realizados para a família ou indivíduo

- 00 – Inclusão da Família em acompanhamento pelo PAEFI (*marcação exclusiva para CREAS*)
- 01 – Inclusão da Família em acompanhamento pelo PAIF (*marcação exclusiva para CRAS*)

TIPOS DE ENCAMINHAMENTOS:

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
ENCAMINHAMENTO

Processo: 7178/2021
Fl. nº 52
Rubrica: *Deinba*

Nº _____ / _____

Da (o): _____

Para: _____

Prezado (a) senhor (a),

Solicitamos a vossa atenção para o (a) senhor (a) _____

_____ usuário (a) deste serviço e que

necessita de _____

Certo (a) da atenção de V.S^a, apresentamos sinceros agradecimentos.

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____.

Técnico Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
ENCAMINHAMENTO

CONTRARREFERÊNCIA

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____

Técnico Responsável



Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia
Secretaria Municipal de Assistência Social E Direitos Humanos
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

MSPA-SASCH
Proc. nº: 7178/2021
Fl. nº: 58
Rubrica: *[assinatura]*

Controle de Frequência MSE

Mês: _____

Ano: _____

Nome: _____

Dias	Entrada	Saída	Observação	Assinatura
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CREAS

CREAS-SASEM
7/18/2021
59
Rubrica: *[assinatura]*

Recibo de Passagem

Recebi em ____/____/____ () passagem (s) de ônibus ida () e volta () com a finalidade de

Ass: _____

Recebi em ____/____/____ () passagem (s) de ônibus ida () e volta () com a finalidade de

Ass: _____

Recebi em ____/____/____ () passagem (s) de ônibus ida () e volta () com a finalidade de vi

Ass: _____

Recebi em ____/____/____ () passagem (s) de ônibus ida () e volta () com a finalidade de

Ass: _____

Recebi em ____/____/____ () passagem (s) de ônibus ida () e volta () com a finalidade de

Ass: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL



São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de 20 ____.

Do: CREAS – São Pedro da Aldeia – RJ.

Para: _____

A/C: _____

Encaminhamos o (a) adolescente _____,
filho (a) de _____ e _____,
residente na _____, para Prestação de Serviços à
Comunidade (PSC) pelo período de _____ meses, com carga horária de _____ (_____) horas
semanais, de acordo com determinação judicial.

A Prestação de Serviço à Comunidade, conforme o art. 117 do Estatuto da Criança e do Adolescente é uma medida que possibilita o processo socioeducativo do adolescente e consiste na realização de tarefas gratuitas de interesse geral considerando suas aptidões.

Nesta oportunidade, encaminhamos **folha de frequência e desempenho do (a) adolescente** que deverão ser **preenchidos e assinados** pelo responsável por supervisionar as atividades do adolescente. **Após o preenchimento deverão retornar, prontamente ao CREAS.**

Informamos que o desempenho do (a) adolescente será monitorado periodicamente via contato telefônico e visitas pré-agendadas a instituição. Caso ocorra qualquer **interrupção** do cumprimento da Prestação de Serviços, o CREAS deverá ser prontamente informado. O mesmo procedimento deverá ser adotado caso ocorra algum fato que prejudique ou impeça a continuidade do cumprimento da Medida.

Solicitamos que em caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos entre em contato conosco CREAS telefone (22) 2627-6878 ou SASDH telefone: (22) 2627-4550.

Desde já, manifestamos nossa gratidão por contribuir com o sucesso da Medida Socioeducativa.

Técnico (a): _____

E—Mail de contato: _____

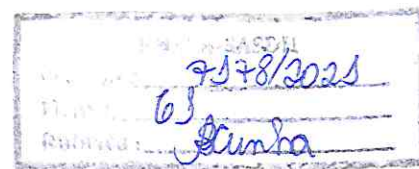


PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS



CASA DE ACOLHIMENTO MUNICIPAL

TERMO DE ENTREGA



A Casa de Acolhimento Municipal vem por meio deste, para fins de comprovação, declarar que ENTREGOU ao senhor (a) _____, com nº de identidade ou CPF: _____ responsável pela adolescente, _____, os documentos e demais pertences da mesma, no dia e data, abaixo descritos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

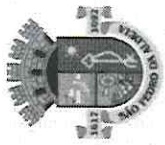
Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações e documentos apresentados.

Nestes termos, firmo o presente.

Casa de Acolhimento Municipal

Responsável pelo (a) adolescente

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

LISTA DE PRESENÇA

DATA:

HORÁRIO:

MODALIDADE:

TEMA/ASSUNTO:

Nº	NOME	CARGO	LOCAL	TELEFONE/E-MAIL	ASSINATURA
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

Rua Hermógenes Freire da Costa, 19 – Centro

São Pedro da Aldeia/RJ - 28.940-000

(22) 2627-4550

Gabinetesah.spa@gmail.com





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CREAS

Proc. nº 7578/2021
Fl. nº 63
Rubrica: *[assinatura]*

REQUISIÇÃO DE PASSAGEM

Empresa: _____

Requisitante: _____ Data: ____/____/____

Quant.	Tipo de Transporte	Destino	Horário



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CREAS

REQUISIÇÃO DE PASSAGEM

Empresa: _____

Requisitante: _____ Data: ____/____/____

Quant.	Tipo de transporte	Destino	Horário



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS



CASA DE ACOLHIMENTO MUNICIPAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, portador da
identidade nº: _____, CPF nº: _____,
Telefone para contato: () _____ estado civil: _____,
residente e domiciliado na Rua: _____, nº: _____,
Bairro: _____, Município: _____, UF: _____,
por meio deste instrumento declarar me responsabilizar pela saída do(a) adolescente:

_____ acolhido(a), na Casa de Acolhimento
Municipal. Afirmo ainda que possuo o vínculo de
_____ com o referido adolescente.

Comprometo-me a comunicar a esta instituição atrasos e qualquer tipo de eventos relacionados
com o adolescente que porventura possam ocorrer como medicações usadas, internações
hospitalares, fugas etc.

Esta saída se dará na presente data, no horário de saída de: ____:____ horas e minutos. E tem
a finalidade de: _____.

Por fim, declaro estar ciente das responsabilidades e implicações legais geradas por esta saída.

São Pedro da Aldeia, _____ de _____ de _____.

RESPONSÁVEL PELA SAÍDA

Funcionário ciente desta condição:

Funcionário ciente desta condição:

Nome: _____

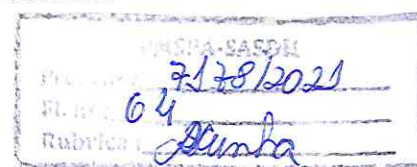
Nome: _____

Função: _____

Função: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____



TABELAS DE CÓDIGOS PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO 2 - CRAS

PROPS-SACEM
 Nº 7178/2021
 Fl. nº 66
 Rubrica: *Almoba*

Tipo do nº Identificador da pessoa

- 1 – NIS (Número de Identificação Social)
- 2 – CPF (Cadastro de Pessoa Física)

Forma de acesso da família ao CRAS

- 01 – Por demanda espontânea
- 02 – Em decorrência de Busca Ativa realizada pela equipe da unidade
- 03 – Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Básica
- 04 – Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Especial
- 05 – Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Saúde
- 06 – Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Educação
- 07 – Em decorrência de encaminhamento realizado por outras políticas setoriais
- 08 – Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Conselho Tutelar
- 09 – Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Poder Judiciário
- 10 – Em decorrência de encaminhamento realizado por outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Delegacias)

Códigos para Inclusão no PAIF e Tipos de Encaminhamentos realizados para a Família ou para algum de seus membros

- 00 – Inclusão da Família em acompanhamento pelo PAEFI (*marcação exclusiva para CREAS*)
- 01 – Inclusão da Família em acompanhamento pelo PAIF (*marcação exclusiva para CRAS*)

TIPOS DE ENCAMINHAMENTOS:

- 05 – Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados a crianças e adolescentes (*inclusive PETI e Projovem*)
- 06 – Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados para idosos
- 07 – Para atualização cadastral no CADÚNICO (*inclusive quando realizada no próprio CRAS*)
- 08 – Para inclusão no CADÚNICO (*inclusive quando realizada no próprio CRAS*)
- 09 – Para o INSS, visando acesso ao BPC
- 10 – Para o INSS visando acesso a outros direitos, que não o BPC
- 11 – Para acesso a Benefícios Eventuais
- 12 – Para acesso a Documentação Civil (Certidão de Nascimento, RG, Carteira de Trabalho etc)
- 13 – Encaminhamento do CRAS para o CREAS (*marcação exclusiva para CRAS*)
- 14 – Encaminhamento do CREAS para o CRAS (*marcação exclusiva para CREAS*)
- 15 – Encaminhamento para outras unidades/serviços de Proteção Social Especial

- 30 – Para Serviços de Saúde Bucal (por exemplo: Brasil Sorridente)
- 31 – Para Serviços de Saúde Mental
- 32 – Para Serviços de Saúde voltados ao acesso de órteses e próteses para pessoas com deficiência
- 33 – Para Unidades de Saúde da Família
- 34 – Para outros serviços ou unidades do Sistema de Único de Saúde

- 40 – Para Educação – Creche e Pré-escola (ensino infantil)
- 41 – Para Educação - Rede regular de ensino (ensino fundamental e ensino médio)
- 42 – Para Educação de Jovens e Adultos (por exemplo: Brasil Alfabetizado)

- 50 – Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à capacitação profissional
- 51 – Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à geração de trabalho e renda
- 52 – Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à intermediação de mão-de-obra
- 53 – Para acesso a microcrédito

- 60 – Para Programas da área de Habitação
- 61 – Para acesso à Tarifa Social de Energia Elétrica

- 70 – Para Conselho Tutelar
- 71 – Para Poder Judiciário
- 72 – Para Ministério Público
- 73 – Para Defensoria Pública
- 74 – Para Delegacias (*especializadas, ou não*).

- 85 – Outras ações/encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 86 – Outras ações/encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 87 – Outras ações/encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 88 – Outras ações/encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)
- 89 – Outras ações/encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS



CASA DE ACOLHIMENTO MUNICIPAL

TERMO DE DOAÇÃO PARA PESSOA FÍSICA

Data: / /	RG / CPF Doador:
Doador:	
Funcionário responsável pelo recebimento:	

MATERIAIS DOADOS	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	

Rua Assuruá, 84 – Praia da Tereza, Balneário. São Pedro da Aldeia/RJ - 28.948-720

E-mail: casadeacolhimentospa@gmail.com

Telefone: (22) 2627-8743





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

RECIBO

Recebi da Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos, _____

Nome: _____

Endereço: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____

São Pedro da Aldeia, ____ / ____ / ____.

RECEBIDO POR: _____

Técnico Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

RECIBO

Recebi da Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos, _____

Nome: _____

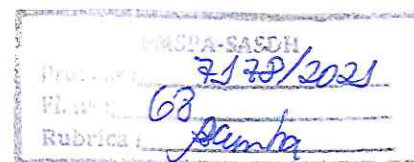
Endereço: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____

São Pedro da Aldeia, ____ / ____ / ____.

Recebido por: _____

Técnico Responsável



Nome da Unidade: Nº da Unidade: | | | | | | | | | | | | | |

Endereço:

Município: UF:

Bloco 1 - Famílias em acompanhamento pelo PAIF

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

Atenção! Os itens B1 a B6 identificam apenas alguns perfis de famílias. 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, a soma de B1 a B6 não terá, necessariamente, o mesmo valor relatado em A2.

Bloco 2 - Atendimento particularizados realizados no CRAS

C. Volume de atendimentos particularizados realizados no CRAS no mês de referência	Quantidade
C.1. Total de atendimentos particularizados realizados no mês de referência	
C.2. Famílias encaminhadas para inclusão no Cadastro Único	
C.3. Famílias encaminhadas para atualização cadastral no Cadastro Único	
C.4. Indivíduos encaminhados para acesso ao BPC	
C.5. Famílias encaminhadas para o CREAS	
C.6. Visitas domiciliares realizadas	
C.7. Total de auxílios-natalidade concedidos/entregues durante o mês de referência	
C.8. Total de auxílios-funeral concedidos/entregues durante o mês de referência	
C.9. Outros benefícios eventuais concedidos/entregues durante o mês de referência	

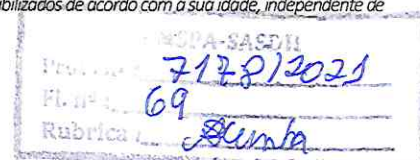
Atenção! Nos campos C1 a C6 devem ser contabilizadas todas as famílias/indivíduos, independente de estarem, ou não, em acompanhamento sistemático do PAIF. Nos campos C7, C8 e C9, considere os auxílios e os benefícios eventuais concedidos e/ou entregues no CRAS. Caso o CRAS não conceda nem entregue auxílios ou benefícios-eventuais marque 0 (zero) nos respectivos campos.

Bloco 3 - Atendimentos coletivos realizados no CRAS

D. Volume de atendimentos coletivos realizados no CRAS durante o mês de referência	Quantidade
D.1. Famílias participando regularmente de grupos no âmbito do PAIF	
D.2. Crianças de 0 a 6 anos em Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
D.3. Crianças/adolescentes de 7 a 14 anos em Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
D.4. Adolescentes de 15 a 17 anos em Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
D.8. Adultos entre 18 e 59 anos em Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
D.5. Idosos em Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para idosos	
D.6. Pessoas que participaram de palestras, oficinas e outras atividades coletivas de caráter não continuado	
D.7. Pessoas com deficiência, participando dos Serviços de Convivência ou dos grupos do PAIF	

* Apesar dos serviços de convivência 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 e cargo da pessoa responsável no CRAS pelas informações:





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

FREQUÊNCIA DOS ALUNOS

ORIENTADOR: _____
 CRAS: _____
 OFICINA: _____
 TURNO: _____
 MÊS/ANO: _____ / _____

[illegible]

MSA-5A-55H

220218712

07

Handwritten: *Handwritten*

FORMULÁRIO DE REGISTRO MENSAL DE ATENDIMENTOS DO CREAS

MÊS:

/ ANO 20

Nome da Unidade: _____ N° da Unidade: | | | | | | | | | | | | | |

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____

Bloco I – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI

A. Volume de famílias em acompanhamento pelo PAEFI	Total
A.1. Total de casos (famílias ou indivíduos) em acompanhamento pelo PAEFI	
A.2. Novos casos (famílias ou indivíduos) inseridos no acompanhamento do PAEFI durante o mês de referência	
B. Perfil dos novos casos inseridos no acompanhamento do PAEFI no mês de referência	Total
B.1. Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	
B.2. Famílias com membros beneficiários do BPC	
B.3. Famílias com crianças ou adolescentes em situação de trabalho infantil	
B.4. Famílias com crianças ou adolescentes em Serviços de Acolhimento	
B.5. Famílias cuja situação de violência/ violação esteja associada ao uso abusivo de substâncias psicoativas	
B.7. Famílias com adolescente em cumprimento de Medidas Socioeducativas em meio aberto	

Atenção! Os itens B1 a B5 e B7 buscam identificar apenas alguns perfis de famílias. 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, a soma de B1 a B5 e B7 não terá, necessariamente, o mesmo valor relatado em A2.

Quantidade e perfil das pessoas vítimas de violência ou violações de direitos que ingressaram no PAEFI, durante o mês de referência (apenas indivíduos inseridos no acompanhamento no mês de referência)						
B.6. Quantidade de pessoas vitimadas, que ingressaram no PAEFI, durante o mês de referência (apenas para os novos casos)	Total	Sexo	0 a 12 anos	13 a 17 anos	18 a 59 anos	60 anos ou mais
		Masculino				
		Feminino				

Atenção! O total informado em B6 não é necessariamente igual a A2, uma vez que em um novo caso (família) inserido no PAEFI poderá haver mais de uma pessoa vitimada.

Atenção! Do item "C" ao item "I" devem ser informadas as situações de violência ou violações de direitos identificadas entre as pessoas que ingressaram no PAEFI no mês de referência (novos casos). Uma mesma pessoa pode ter sido vítima de múltiplas violências/violações.

C. Crianças ou adolescentes em situações de violência ou violações, que ingressaram no PAEFI durante o mês de referência	Total	Sexo	0 a 6 anos	7 a 12 anos	13 a 17 anos
C.1. Crianças ou adolescentes vítimas de violência intrafamiliar (física ou psicológica)		Masculino			
		Feminino			
C.2. Crianças ou adolescentes vítimas de abuso sexual		Masculino			
		Feminino			
C.3. Crianças ou adolescentes vítimas de exploração sexual		Masculino			
		Feminino			
C.4. Crianças ou adolescentes vítimas de negligência ou abandono		Masculino			
		Feminino			

Crianças ou adolescentes em situação de Trabalho Infantil, que ingressaram no PAEFI durante o mês de referência	Total	Sexo	0 a 12 anos	13 a 15 anos
C.5. Crianças ou adolescentes em situação de trabalho infantil (até 15 anos)		Masculino		
		Feminino		



D. Idosos - 60 anos ou mais - em situações de violência ou violações que ingressaram no PAEFI durante o mês de referência	Total	Sexo	60 anos ou mais
D.1. Pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar (física, psicológica ou sexual)		Masculino	
		Feminino	
D.2. Pessoas idosas vítimas de negligência ou abandono		Masculino	
		Feminino	

E. Pessoas com deficiência, em situações de violência ou violações, que ingressaram no PAEFI durante o mês de referência	Total	Sexo	0 a 12 anos	13 a 17 anos	18 a 59 anos	60 anos ou mais
E.1. Pessoas com deficiência vítimas de violência intrafamiliar (física, psicológica ou sexual)		Masculino				
		Feminino				
E.2. Pessoas com deficiência vítimas de negligência ou abandono		Masculino				
		Feminino				

F. Mulheres adultas vítimas de violência intrafamiliar que ingressaram no PAEFI durante o mês de referência	Total
F.1. Mulheres adultas (18 a 59 anos) vítimas de violência intrafamiliar (física, psicológica ou sexual)	

G. Pessoas vítimas de tráfico de seres humanos que ingressaram no PAEFI durante o mês de referência	Total	Sexo	0 a 12 anos	13 a 17 anos	18 a 59 anos	60 anos ou mais
G.1. Pessoas vítimas de tráfico de seres humanos		Masculino				
		Feminino				

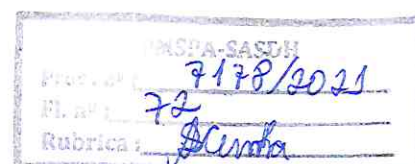
H. Pessoas vítimas de discriminação por orientação sexual que ingressaram no PAEFI durante o mês de referência	Total
H.1. Pessoas vítimas de discriminação por orientação sexual	

I. Pessoas em situação de rua que ingressaram no PAEFI durante o mês de referência	Total	Sexo	0 a 12 anos	13 a 17 anos	18 a 59 anos	60 anos ou mais
I.1. Pessoas em situação de rua		Masculino				
		Feminino				

Bloco II – Atendimento realizados no CREAS

M. atendimentos realizados no mês de referência	Total
M.1. Total de atendimentos individualizados realizados no mês de referência	
M.2. Total de atendimentos em grupo realizados no mês de referência	
M.3. Famílias encaminhadas para o CRAS durante no mês de referência	
M.4. Visitas domiciliares realizadas no mês de referência	

Atenção! Nos itens do campo M, deve ser computada a quantidade de atendimentos realizados durante o mês de referência. Neste caso, se uma mesma pessoa tiver sido atendida cinco vezes no mês de referência, deve-se registrar os cinco atendimentos.



Bloco III – Serviço de Proteção Social a Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa (LA/PSC)☐ Não realiza oferta do Serviço

J. Volume de adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas	Total
J.1. Total de adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas (LA e/ou PSC)	
J.2. Quantidade de adolescentes em cumprimento de Liberdade Assistida - LA	
J.3. Quantidade de adolescentes em cumprimento de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC	

Atenção! Eventualmente um mesmo adolescente pode estar cumprindo, simultaneamente, as medidas de LA e de PSC, portanto pode ocorrer que a soma de J2 e J3 seja maior que o valor relatado em J1, entretanto a soma de J2 e J3 nunca pode ser menor que J1.

Quantidade e perfil dos novos adolescentes inseridos no Serviço, no mês de referência	Total	Sexo	
J.4. Total de novos adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas (LA e/ou PSC), inseridos em acompanhamento no mês de referência		Masculino	
		Feminino	
J.5. Novos adolescentes em cumprimento de LA, inseridos em acompanhamento no mês de referência		Masculino	
		Feminino	
J.6. Novos adolescentes em cumprimento de PSC, inseridos em acompanhamento no mês de referência		Masculino	
		Feminino	

Atenção! A soma de J5 e J6 pode ser maior que o valor relatado em J4, entretanto a soma de J5 e J6 nunca pode ser menor que J4.

Bloco IV - Serviço Especializado em Abordagem Social☐ Não realiza oferta do Serviço

K. Quantidade e perfil de pessoas abordadas pela equipe do Serviço de Abordagem, no mês de referência	Total	Sexo	0 a 12 anos	13 a 17 anos	18 a 59 anos	60 ou mais
K.1. Pessoas abordadas pelo Serviço de Abordagem Social, durante o mês de referência		Masculino				
		Feminino				

Atenção! Em K1, cada pessoa deve ser contada uma única vez a cada mês, mesmo que tenha sido abordada várias vezes nesse mesmo mês.

Situações identificadas pelo Serviço Especializado em Abordagem Social, no mês de referência	Total
K.2. Crianças ou adolescentes em situação de trabalho infantil (até 15 anos)	
K.3. Crianças ou adolescentes em situação de exploração sexual	
K.4. Crianças ou adolescentes usuárias de crack ou outras drogas	
K.5. Pessoas adultas usuárias de crack ou outras drogas ilícitas	
K.6. Migrantes	

Atenção! Os itens K2 a K6 buscam identificar apenas alguns perfis das pessoas abordadas. É normal que algumas pessoas contadas no item K1 não se enquadrem em nenhuma das condições descritas acima, enquanto outras pessoas podem se enquadrar simultaneamente em mais de uma. Portanto, a soma de K2 a K6 não terá, necessariamente, o mesmo valor relatado no total de K1.

L. Volume de abordagens realizadas	Total
L.1. Quantidade total de abordagens realizadas (compreendida como o número de pessoas abordadas, multiplicado pelo número de vezes em que foram abordadas durante o mês)	

Atenção! Quando a abordagem é feita a um grupo, cada pessoa do grupo é contada como uma abordagem.

Nome e cargo da pessoa responsável no CREAS pelas informações:

Assinatura: _____

CPF: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

FICHA DE AVALIAÇÃO

REUNIÃO DE: _____

DATA: ____/____/____

1. Avaliação: Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

Conteúdo: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Duração: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Palestrante/expositores: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ambiente: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Clareza na(s) apresentação(s): ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Organização: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Material(s) disponibilizado(s): ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2. Sugestões, Críticas e/ou comentários: _____

3. Identificação(opcional):

Nome: _____ Instituição: _____ Contato: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

FICHA DE AVALIAÇÃO

REUNIÃO DE: _____

DATA: ____/____/____

1. Avaliação: Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

Conteúdo: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Duração: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Palestrante/expositores: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ambiente: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Clareza na(s) apresentação(s): ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Organização: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Material(s) disponibilizado(s): ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2. Sugestões, Críticas e/ou comentários: _____

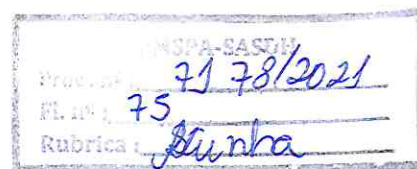
3. Identificação(opcional):

Nome: _____ Instituição: _____ Contato: _____

7178/2021
74
Assinatura



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
E DIREITOS HUMANOS



Ficha de Busca Ativa

Nome:
Prontuário:
Endereço:

Data da solicitação: ____/____/____ Por: _____

Situação/ A verificar:

Visitas:

Data/ técnica
____/____/____

Data/ técnica
____/____/____

Anotações:

Inserir no Acompanhamento Familiar?

☐ Sim, em ____/____/____

☐ Não.

Técnica



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

FICHA DE INSCRIÇÃO NOS SERVIÇOS DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

Data: ____/____/____ Prontuário: ____ () Nova Inscrição () Renovação
NOME: _____
NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE NA INSCRIÇÃO: ____ NIS: _____ SEXO () F () M
RG: _____ ÓRGÃO: _____ DATA EXP: ____/____/____ CPF: _____
RAÇA/ COR: _____ NATURALIDADE: _____ MUNICÍPIO: _____
SITUAÇÃO ESCOLAR ATUAL: () FREQUENTA ESCOLA () NÃO FREQUENTA ESCOLA
ESCOLA: _____ CURSANDO: _____ TURNO: () M () T
POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA FÍSICA? () NÃO () SIM QUAL? _____
POSSUI ALGUMA DOENÇA OU ALERGIA? () NÃO () SIM QUAL? _____
NOME DA MÃE: _____
RESPONSÁVEL LEGAL: _____
CPF: _____ RG: _____ ÓRGÃO: _____ DATA EXP: ____/____/____
NIS: _____ TELEFONE DE CONTATO (X2): _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____

OFICINA: _____ ORIENTADOR SOCIAL: _____
HORÁRIO: () MANHÃ () TARDE DIAS DA SEMANA: () SEG () TER () QUA () QUI () SEX
() AUTORIZO O CRAS UTILIZAR SEM ÔNUS A IMAGEM DO(A) INSCRITO(A) *1
() VIRÁ ACOMPANHADO POR RESPONSÁVEL _____
() VIRÁ DESACOMPANHADO – ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE
() PARA CRIANÇA E ADOLESCENTE – EU – RESPONSÁVEL ME COMPROMETO A VERIFICAR A FREQUÊNCIA NAS
ATIVIDADES MENSALMENTE *2

*1Exclusividade para divulgação do trabalho realizado de natureza social, em qualquer mídia ou meio de comunicação.

*2Para criança e adolescente acompanhadas – AUTORIZO _____ GRAU DE
PARENTESCO _____, A TRAZER E BUSCÁ-LO (A).

Situação do usuário

- () 1- Não está em situação prioritária
() 2 - Em situação de isolamento
() 3 -Trabalho infantil
() 4 - Vivência de violência e/ou negligência
() 5 - Fora da escola ou com defasagem escolar superior a 2 (dois) anos
() 6-Em situação de acolhimento
() 7 -Em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto
() 8 Egressos de medidas socioeducativas
() 9 -Situação de abuso e/ou exploração sexual
() 10. Com medidas de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA
() 11- Crianças e adolescentes em situação de rua
() 12- Vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Responsável – Assinatura

Técnico

DESLIGAMENTO: ____/____/____ MOTIVO: _____ (vide tabela)





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E
DIREITOS HUMANOS

Processo nº	7178/2021
Fl. nº	77
Rubrica	<i>[assinatura]</i>

SOLICITAÇÃO DE DIÁRIAS

Nome do funcionário: _____

Cargo: _____

Motivo: _____

Roteiro previsto: _____

Saída: ____/____/____

Retorno: ____/____/____

Condução utilizada:

() própria

() da Prefeitura

() ônibus

Órgão solicitante: Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos.

Secretária Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos

CRAS

PRONTUÁRIO - EVOLUÇÃO

79 7178/2021 SUAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
E DIREITOS HUMANOS



AVALIAÇÃO DO (A) ADOLESCENTE

Instituição: _____

Nome do (a) Adolescente: _____

Data de início: ____/____/____ Data de Término: ____/____/____

Assinale com um "X" a alternativa que indique o desempenho do (a) adolescente:

Atividade Desenvolvida	Excelente	Satisfatório	Regular	Insatisfatório
Assiduidade				
Pontualidade				
Interesse pelas tarefas				
Participação nas atividades				
Adaptação as normas				
Iniciativa				
Responsabilidade				
Relacionamento Interpessoal				

Observações:

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

Composição Familiar

[illegible]**Renda total da Família:**

Valores recebidos pela família por meio de Programas Sociais

() BPC - Valor: _____

() Outro - Valor: _____

() PETI - Valor: _____

() PBF - Valor: _____

Caso haja presença de deficiência na família, especificar:

Primeiro Nome	Tipo*	Necessita de Cuidados Esp.? (S/N)

* 1 - Cegueira, 2 Baixa Visão, 3 Surdez severa, 4- Surdez Leve, 5- Física, 6 - Mental ou intelectual, 7- Síndrome de Down, 8- Transtorno/doença mental

* 1 - Cegueira, 2 Baixa Visão, 3 Surdez severa, 4- Surdez leve, 5- Física, 6 - Mental ou intelectual, 7- Síndrome de Down, 8- Transtorno/doença mental

Situação Habitacional

☐ Própria ☐ Cedida ☐ Posse ☐ Alugada ☐ Outra

Há quanto tempo reside no Município: _____

Há Parentes no Município: _____

Tipo de Construção: () Alvenaria () Madeira () Outro

Abastecimento de Água: () Rede Pública () Poço/Nascente () Carro Pipa

() Outro

Energia Elétrica: () Relógio próprio () Sem relógio () Lâmpada () Vela

()Intro

Destino do esgoto: () Rede pública () Vala () Céu aberto () Fossa

()Outro