

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CMAS

ENDEREÇO:

MODELO DE RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DAS SITUAÇÕES IDENTIFICADAS COMO INSATISFATÓRIAS POR OCASIÃO DO MONITORAMENTO REALIZADO PELA SECRETÁRIA DO TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL – STDS, PELOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CMAS, NO CUMPRIMENTO DAS INADEQUABILIDADES EM CADA UMA DAS QUATRO DIMENSÕES (Atividades Realizadas, Horário de Funcionamento, Recursos Humanos e Estrutura Física) DOS EQUIPAMENTOS SOCIAIS CRAS , CREAS E SECRETARIAS MUNICIPAIS.

A Resolução de Nº 08 de 10 de julho de 2010 da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, institui o processo de acompanhamento dos Estados às situações consideradas insatisfatórias no acompanhamento da Gestão e dos serviços socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Assim, considerando a necessidade de que todas as unidades do SUAS atinjam gradativamente o grau suficiente do IDSUAS, para garantia de um atendimento satisfatório aos usuários, e que este Conselho no uso de suas atribuições legais em acompanhamento aos Planos de Providência e de Apoio do Estado ao Município observou:

Município: _____

CRAS/CREAS/Gestão: _____

Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____

Município: _____ Estado: _____

Fone: _____ Fax: _____

Ponto De Referência: _____

Coordenador(A): _____

Formação: _____

Servidor: () Estatutário(A) () Celetista () Comissário () Outro

Especificar: _____

1. SITUAÇÕES INSATISFATÓRIAS QUANTO A:

1.1. Recursos Humanos – Município de Pequeno Porte I:

- 02 técnicos de nível médio
- 02 técnicos de nível superior: 01 Assistente Social
 01 Psicólogo (preferencialmente)
- Unidade sem a equipe mínima.

EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO INSATISFATÓRIA IDENTIFICADA NO DIA DA VISITA:

1.2. Recursos Humanos – Município de Pequeno Porte II:

- 03 técnicos de nível médio
- 03 técnicos de nível superior: 02 Assistente Social
 01 Psicólogo (preferencialmente)
- Unidade sem a equipe mínima.

EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO INSATISFATÓRIA IDENTIFICADA NO DIA DA VISITA:

1.2. Recursos Humanos – Municípios de Médio, Grande Porte :

- 04 técnicos de nível médio
- 04 técnicos de nível superior: 02 Assistente Social
 01 Psicólogo
 01 Profissional que compõe o SUAS.
Qual? _____
- Unidade sem a equipe mínima.

EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO INSATISFATÓRIA IDENTIFICADA NO DIA DA VISITA:

2. ESTRUTURA FÍSICA:

2.1. Situação do Equipamento:

() 01 sala de coordenação.

() 01 sala de atendimento individualizado.

() 01 sala de atendimento coletivo.

() 01 banheiro masculino com acessibilidade para cadeirante

() 01 banheiro feminino com acessibilidade para cadeirante

() 01 cozinha.

() Outras. Quais? _____

EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO INSATISFATÓRIA IDENTIFICADA NO DIA DA VISITA:

2.2. Rota Acessível a unidade CRAS para:

() cadeirantes.

() pessoas com deficiência visual.

() idosos

() outros. Quais? _____

EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO INSATISFATÓRIA IDENTIFICADA NO DIA DA VISITA:

3. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

- Funcionamento igual ou superior a 5 dias por semana.
- Funcionamento igual ou superior a 6 horas por dia.

- EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO INSATISFATÓRIA IDENTIFICADA NO DIA DA VISITA:

4. ATIVIDADES REALIZADAS NA UNIDADE:

Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF):

- Acolhida
- Estudo Social
- Visita domiciliar
- Orientação e encaminhamentos
- Grupo de famílias
- Acompanhamento familiar
- Atividades comunitárias
- Campanhas socioeducativas
- Informação, comunicação e defesa de direitos.
- Promoção ao acesso à documentação pessoal.
- Mobilização e fortalecimento de redes sociais de apoio.
- Desenvolvimento do convívio familiar e comunitário.
- Mobilização para a cidadania.
- Conhecimento do território.
- Cadastramento socioeconômico.
- Elaboração de relatórios e/ou prontuários.
- Notificação da ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social.
- Busca Ativa.

Segurança de Convívio Familiar e Comunitário:

- Famílias com criança, adolescentes, jovens e idosos inseridos em serviços socioassistenciais, territorialmente referenciadas ao CRAS.
- Famílias com beneficiários do Benefício de Prestação Continuada.

Apoio Financeiro. - Realizado? SIM () NÃO ()

- Com qual periodicidade? () Mensal () Trimestral

- Outro. Qual? _____

OBS: _____

_____/CE, ____ de _____ de 2013.

CONSELHEIRO/A

CONSELHEIRO/A