



**SECRETARIA  
DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

# equipe

**Daisy - coordenadora (8h às 17h)**

**Daniela - psicóloga (8h às 14h)**

**Gabriela - assistente social (8h às 14h)**

**Ana Paula - psicóloga (12h às 18h)**

**Rosivane - assistente social (12h às 18h)**

**Morgana - estagiária de ensino superior (8h às 14h)**

**Luis Gustavo - estagiário de ensino superior (11h às 17h)**

**Malu - recepcionista (8h às 17h48)**

**Mara - auxiliar de serviços gerais (8h às 17h48)**



o que é é



**Serviço de Proteção Social Básica**

**Porta de entrada do SUAS**

- **Prevenção de situações de vulnerabilidade ou risco social**
- **SUS é universal e SUAS é para quem dele necessitar**

# demandas atendidas pelo CRAS

- FAMÍLIA ELEGÍVEL PARA PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA (BOLSA FAMÍLIA / BPC), MAS SEM ACESSO
- FAMÍLIA BENEFICIÁRIA DE PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA (BOLSA FAMÍLIA / BPC)
- VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA (SITUAÇÃO DE POBREZA/EXTREMA POBREZA)
- INSEGURANÇA ALIMENTAR
- EVASÃO ESCOLAR QUE GERA DESCUMPRIMENTO DE CONDICIONALIDADE DO BOLSA FAMÍLIA
- PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE
- PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE
- VÍNCULO FAMILIAR FRAGILIZADO
- VÍNCULO COMUNITÁRIO FRAGILIZADO (SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO)

# serviços ofertados pelo CRAS

- Atendimentos pontuais - orientações e benefícios eventuais
- Acompanhamento familiar (PAIF)
- Grupo de acolhida (semanalmente)
- Grupo de Idosos (quinzenalmente - manhã)
- Grupo de Famílias (quinzenalmente - tarde)

**GRUPO DE FAMÍLIAS**  
**CRAS ITACOLMI**

**COMBATE**  
**À VIOLÊNCIA CONTRA O**  
**IDOSO**

Negligência, abandono, agressões físicas e psicológicas são formas frequentes de violência contra a pessoa idosa.

**EM CASO DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS, DENUNCIE!**  
**DISQUE 100**

**Mês da Conscientização da Violência**  
**Contra a Pessoa Idosa**

**DIA 03/06/2025**  
**14h30**

Rua das Palmeiras, nº607

    (47) 99174-0584





→ **HORTACOLOMI**



→ **ARTECOLOMI**



# PAF

## PLANO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Plano de Acompanhamento Familiar	
1 Informações da família	
Família:	
Endereço:	Telefone:
Data de início do acompanhamento:	Previsão para desligamento:
Periodicidade do acompanhamento:	Situação do PAF: <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Desligado. Data:

2 Diagnóstico		Escolaridade	Idade	Grau de parentesco
<b>VULNERABILIDADES:</b>				
<input type="checkbox"/> Família que atende aos critérios de elegibilidade do PBF e/ou BPC mas que ainda não foi beneficiada		<input type="checkbox"/> Família de baixa renda		
<input type="checkbox"/> Família de baixa renda	<input type="checkbox"/> Família que atende aos critérios de elegibilidade do PBF e/ou BPC mas que ainda não foi beneficiada			
<input type="checkbox"/> Histórico de violência familiar	<input type="checkbox"/> Membro da família em serviço de acolhimento ou egresso	<input type="checkbox"/> Situações de discriminação		
<input type="checkbox"/> Pessoas com deficiência e/ou idosas em situação de vulnerabilidade/risco social		<input type="checkbox"/> Crianças ou adolescentes em situação de trabalho infantil		
<input type="checkbox"/> Criança/adolescente responsável pelo cuidado de familiares		<input type="checkbox"/> Vítima de calamidades		
<input type="checkbox"/> Evasão escolar que acarreta incondicionalidade do PBF	<input type="checkbox"/> Integrante sem acesso a documentação civil	<input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso aos serviços por ausência de transporte		
<input type="checkbox"/> Falta de reconhecimento da capacidade de mudança	<input type="checkbox"/> Membro da família em privação de liberdade	<input type="checkbox"/> Egresso do sistema penitenciário		
<input type="checkbox"/> Membro dependente de cuidado de saúde		<input type="checkbox"/> Falecimento de membro da família		
<input type="checkbox"/> Residente há pouco tempo na cidade		<input type="checkbox"/> Fragilidade de vínculos comunitários	<input type="checkbox"/> Situação precária de moradia	
<input type="checkbox"/> Com medida de proteção do ECA		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Demandas de saúde mental		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ausência de vaga escolar		<input type="checkbox"/>		
Outros (descrever):				

3	Objetivo		
	OBJETIVO	MEMBRO	AÇÃO
SAÚDE	Acesso serviço de saúde		
	Adesão a tratamento de saúde mental		
EDUCAÇÃO	Acesso serviço de educação		
	Alfabetização de jovens e adultos		
	Frequência escolar		
REDE DE PROTEÇÃO	Acesso serviço judiciário		
	Articulação com a rede		
	Acesso outros serviços		
RENDA	Acesso ao trabalho		
	Acesso à renda		
	Qualificação profissional		
	Acesso a Programa de Transferência de Renda (PBF ou BPC)		

POTENCIALIDADES:	
<input type="checkbox"/> Percepção da família em relação a direitos e deveres	<input type="checkbox"/> Potencial para participação comunitária (sentimento e pertencimento)
<input type="checkbox"/> Reconhecimento da capacidade de mudanças (A família compreende que precisa modificar sua rotina e aproveitar novas oportunidades)	<input type="checkbox"/> Compromisso(s) de cuidado(s) mútuo(s)
<input type="checkbox"/> Desenvolvimento para atividades produtivas (inclusão no mercado de trabalho)	<input type="checkbox"/> Apoio da rede primária (parentes, amigos e outros familiares)
<input type="checkbox"/> Organização da família em função de objetivos comuns (organização da rotina familiar)	<input type="checkbox"/> Manutenção dos vínculos de solidariedade (fortes vínculos comunitários)
<input type="checkbox"/> Aptidão para trabalhos manuais	<input type="checkbox"/> Residência própria
<input type="checkbox"/> Renda per capita de 2 salários mínimos ou mais	<input type="checkbox"/> Crianças/adolescentes frequentando regularmente a escola
<input type="checkbox"/> Potencial para liderança comunitária	<input type="checkbox"/> Escolaridade dos responsáveis familiares
<input type="checkbox"/> Facilidade de acesso aos serviços públicos (por proximidade ou meio de transporte próprio)	<input type="checkbox"/> Beneficiária do PBF e/ou BPC
<input type="checkbox"/> Membros familiares se relacionam sem uso de violência	<input type="checkbox"/> Todos os integrantes com acesso a documentação civil
<input type="checkbox"/> Participação em entidades/grupos	<input type="checkbox"/> Potencial para atividades coletivas do CRAS
<input type="checkbox"/> Membro familiar em recuperação de uso de substâncias psicoativas	<input type="checkbox"/> Responsáveis pelo grupo familiar oferecem ambiente protetivo
Outros (descrever):	

# Formulário para encaminhamento



## FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DA REDE PARA O CRAS

1. ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

### 2. DADOS DA FAMÍLIA

ENCAMINHADO*			
Nome	Data de Nascimento	CPF	
RESPONSÁVEL FAMILIAR*			
Nome	Data de Nascimento	CPF	
Outros membros da família			
Nome	Parentesco	Data de Nascimento	CPF
Endereço:			
Contato:			

\* Campo obrigatório

### 3. MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO

- FAMÍLIA ELEGÍVEL PARA PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA (BOLSA FAMÍLIA / BPC), MAS SEM ACESSO
- FAMÍLIA BENEFICIÁRIA DE PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA (BOLSA FAMÍLIA / BPC)
- VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA (SITUAÇÃO DE POBREZA/EXTREMA POBREZA)
- INSEGURANÇA ALIMENTAR
- EVAÇÃO ESCOLAR QUE GERA DESCUMPRIMENTO DE CONDICIONALIDADE DO BOLSA FAMÍLIA
- PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE
- PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE
- VÍNCULO FAMILIAR FRAGILIZADO
- VÍNCULO COMUNITÁRIO FRAGILIZADO (SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO)

### 4. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

--

### 5. AÇÕES JÁ REALIZADAS

--

Assinatura do(s) responsável(is) pelo encaminhamento:

# Média dos atendimentos mensais do CRAS

com referência no 1º semestre de 2025

**Atendimentos  
Coletivos**

**322**

**Visitas  
Domiciliares**

**52**

**Atendimentos  
Particularizados**

**1669**

**Pessoas que  
procuraram o CRAS**

**1973**

**Famílias em PAIF**

**197**

**5 Desligadas**



**“a igualdade pode até ser um direito, mas somente através da EQUIDADE podemos mudar a realidade”**

**Discussão de casos**

**Exemplos**

**CRAS Itacolomi**  
**Rua 4400, 607 (R. Palmeira)**  
**Aberto das 8h00 às 18h00 (incluye no almoço)**

**Telefone: 3345-2949**  
**Whatsapp: 47 99174-0584**

**[crasitacolomi@picarras.sc.gov.br](mailto:crasitacolomi@picarras.sc.gov.br)**

