# MODELO 1

## Tóten dupla face em ACM

0,90 m

1,90 m

1,30 m

C R E A S CUIDAR

CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

creas@candelaria.rs.gov.br

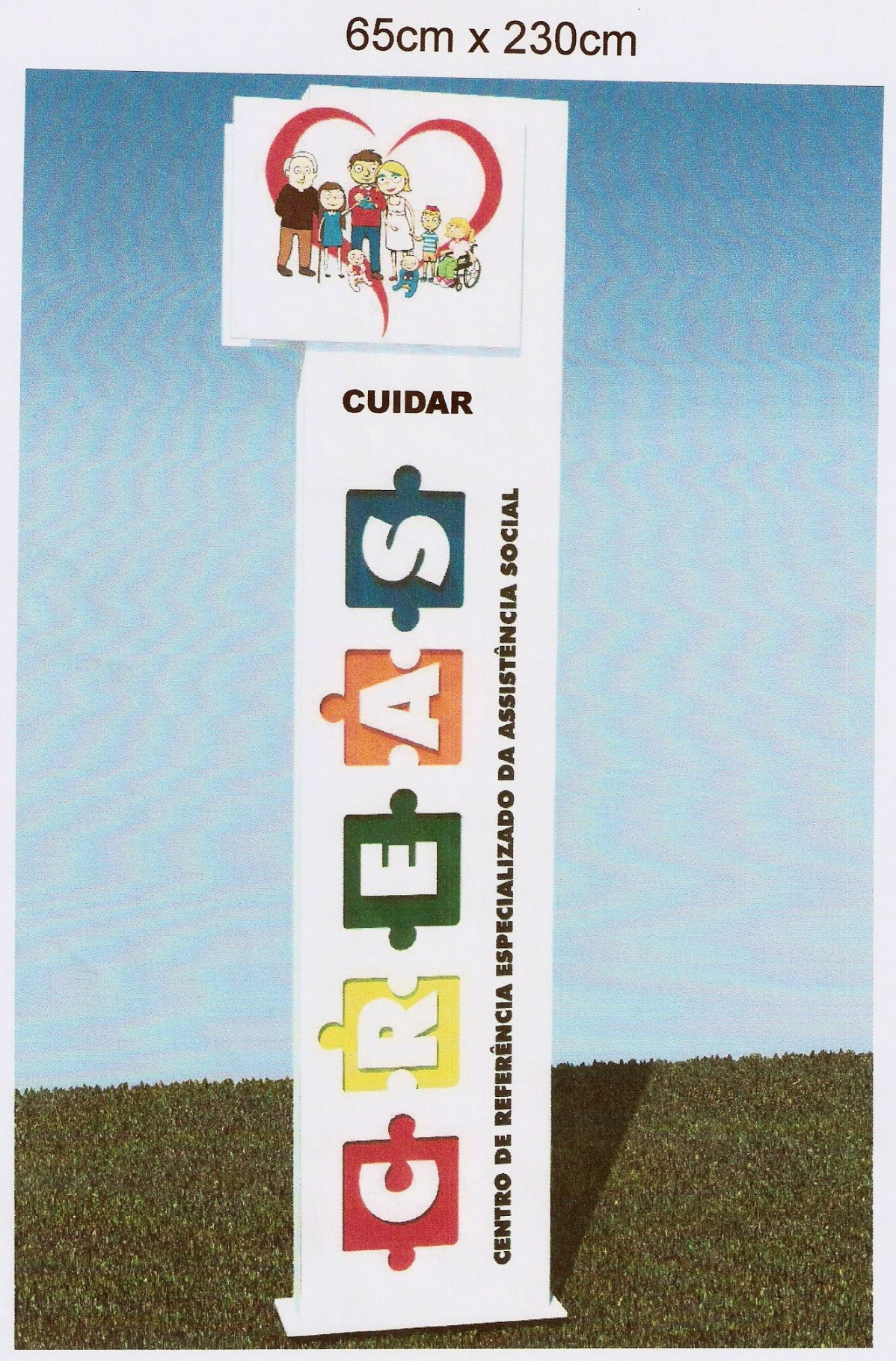
☎ (51) 3743-8137

**DISQUE 100**

| Demandas / Atendimentos | SEGMENTOS ATENDIDOS | | | |
|---|---|---|---|---|
| SITUAÇÕES | Crianças e adolescentes | Mulheres adultas | Homens adultos | Idosos |
| Violência Física | X | X | X | X |
| Violência Psicológica | X | X | X | X |
| Abuso Sexual | X | X | X | X |
| Exploração Sexual | X | X | X | X |
| Negligência ou Abandono | X | X | X | X |
| Trabalho infantil | X | | | |
| Situação de rua | X | X | X | X |
| Discriminação em decorrência de orientação sexual | X | X | X | X |
| Discriminação em decorrência de raça/etnia | X | X | X | X |
| Famílias com crianças, adolescentes e/ ou idosos(as) afastados do convívio familiar | X | | | X |
| Famílias com descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI em decorrência de violação de direitos | X | | | |
| Adolescentes e Jovens após cumprimento de medida sócioeducativa / suporte à reinserção sócio-familiar | X | | | |
| Triagens / Acolhida | X | X | X | X |

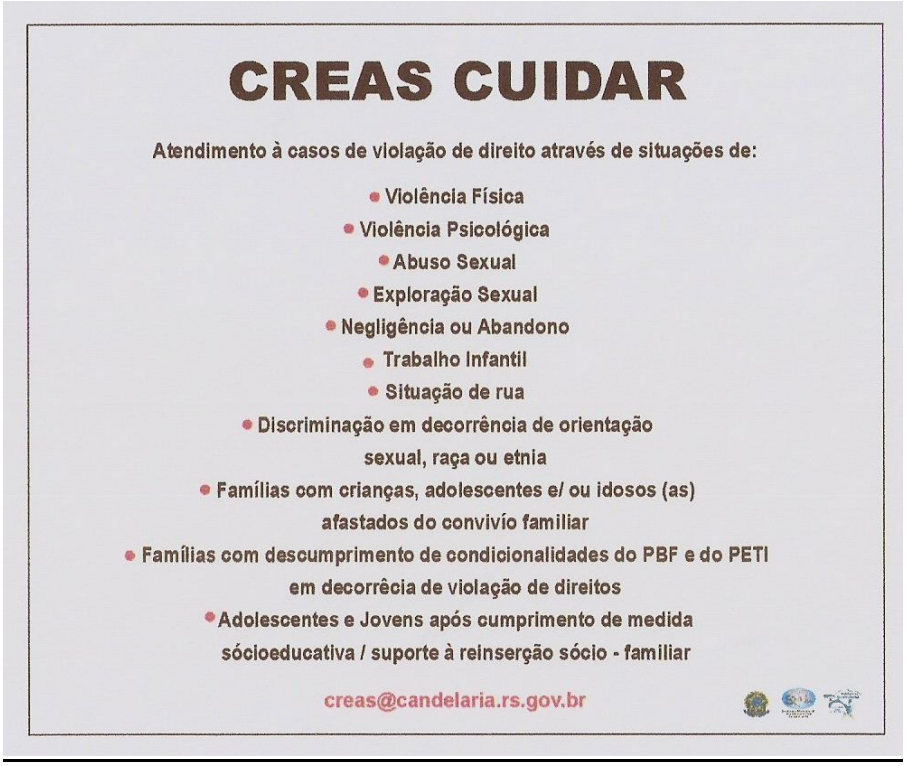
- Casos encaminhados pela rede de atendimento público municipal, via documento de referência/contrarefência ou relatório descrevendo o caso.
- Atendemos demanda espontânea (a própria vítima busca o atendimento) ou denúncias anônimas.
- Equipe composta por Auxiliar Administrativo, Assistente Social, Psicóloga e Advogada.

**MODELO 2**


65cm x 230cm
CUIDAR
CRAS
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

**MODELO 3**

**MODELO 4**



**MODELO 5**

# CARTÃO VISITAS

Nome:_____

| DATA: | HORÁRIO: |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

☐Psicóloga ☐Advogado ☐Assistente Social

**MODELO 6**

# FOLDER
# TAMANHO 29cm x 21cm

**TELEFONES ÚTEIS**

**Brigada Militar..... 3743 1167**

**Polícia Civil..... 3743 1187**

**Hospital Candelária.....3743 1511**

**Bombeiros Voluntários.... 3743 1930**

**SAMU.....190**

**Disque 100 (Denuncia)**

**Prefeitura.....3743 8100**

CREAS

CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CUIDAR

creas@candelaria.rs.gov.br
creas.sociojuridico@candelaria.rs.gov.br

(51) 3743-8137

| Demandas / Atendimentos | SEGMENTOS ATENDIDOS | | | |
|---|---|---|---|---|
| SITUAÇÕES | Crianças e adolescentes | Mulheres adultas | Homens adultos | Idosos |
| Violência Física | X | X | X | X |
| Violência Psicológica | X | X | X | X |
| Abuso Sexual | X | X | X | X |
| Exploração Sexual | X | X | X | X |
| Negligência ou Abandono | X | X | X | X |
| Trabalho infantil | X | | | |
| Situação de rua | X | X | X | X |
| Discriminação em decorrência de orientação sexual | X | X | X | X |
| Discriminação em decorrência de raça/etnia | X | X | X | X |
| Famílias com crianças, adolescentes e/ ou idosos(as) afastados do convívio familiar | X | | | X |
| Famílias com descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI em decorrência de violação de direitos | X | | | |
| Adolescentes e Jovens após cumprimento de medida sócioeducativa / suporte à reinserção sócio-familiar | X | | | |
| Triagens / Acolhida | X | X | X | X |

- Casos encaminhados pela rede de atendimento público municipal, via documento de referência/contrarefência ou relatório descrevendo o caso.
- Atendemos demanda espontânea (a própria vítima busca o atendimento) ou 'denúncias anônimas.
- Equipe composta por Auxiliar Administrativo, Assistente Social, Psicóloga e Advogada.

**MODELO 07**

CREAS
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CUIDAR

**MODELO 08**

# Crachás Funcional, Tamanho mínimo de 5,5 x 9cm (largura x altura)

**MODELO 09**

Placa de identificação de setores,
30 x 15 cm (largura x altura)

Prefeitura de Candelária
Construindo uma vida melhor

Secretaria Municipal de Assistência Social
Candelária-RS

# RECEPÇÃO

# MODELO 10

24cm x 16cm

MÃE, ESTES SÃO SEUS COMPROMISSOS COM A SAÚDE DE SEU FILHO:
**VISITAS DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA**

NOME DA CRIANÇA:_____

**5° CICLO**

| Data da Consulta | REN | Peso da Criança (Kg) | Comprimento (cm) | Estado Nutricional | Assinatura e/ou Carimbo do Responsável |
|---|---|---|---|---|---|
| 1° / / | | | | | |
| 2° / / | | | | | |
| 3° / / | | | | | |
| 4° / / | | | | | |
| 5° / / | REN | | | | |
| 6° / / | | | | | |

**6° CICLO**

| Data da Consulta | REN | Peso da Criança (Kg) | Comprimento (cm) | Estado Nutricional | Assinatura e/ou Carimbo do Responsável |
|---|---|---|---|---|---|
| 1° / / | | | | | |
| 2° / / | | | | | |
| 3° / / | | | | | |
| 4° / / | | | | | |
| 5° / / | REN | | | | |
| 6° / / | | | | | |

Prefeitura de Candelária
Construindo uma vida melhor

**BOLSA FAMÍLIA**
**Vigilância Alimentar e Nutricional**

Nome da Mãe ou Responsável:
_____

Nome de seus (suas) filhos(as):
_____
_____
_____
_____
_____

Peso ao Nascer:_____

Endereço:_____
_____

Bairro:_____Cidade:_____

NÚMERO DO NIS: _____

**DIAS DE ATENDIMENTO:**
SEGUNDA, TERÇA E QUARTA-FEIRA PELA MANHÃ **(PARA RENOVAÇÃO)**
TODOS OS DIAS A TARDE **(PARA PESAGEM),**
SEMPRE ATÉ O **DIA 20** DO MÊS.

---

24cm x 16cm

MÃE, ESTES SÃO SEUS COMPROMISSOS COM A SAÚDE DE SEU FILHO:
**VISITAS DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA**

NOME DA CRIANÇA:_____

**1° CICLO**

| Data da Consulta | REN | Peso da Criança (Kg) | Comprimento (cm) | Estado Nutricional | Assinatura e/ou Carimbo do Responsável |
|---|---|---|---|---|---|
| 1° / / | | | | | |
| 2° / / | | | | | |
| 3° / / | | | | | |
| 4° / / | | | | | |
| 5° / / | REN | | | | |
| 6° / / | | | | | |

**2° CICLO**

| Data da Consulta | REN | Peso da Criança (Kg) | Comprimento (cm) | Estado Nutricional | Assinatura e/ou Carimbo do Responsável |
|---|---|---|---|---|---|
| 1° / / | | | | | |
| 2° / / | | | | | |
| 3° / / | | | | | |
| 4° / / | | | | | |
| 5° / / | REN | | | | |
| 6° / / | | | | | |

MÃE, ESTES SÃO SEUS COMPROMISSOS COM A SAÚDE DE SEU FILHO:
**VISITAS DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA**

NOME DA CRIANÇA:_____

**3° CICLO**

| Data da Consulta | REN | Peso da Criança (Kg) | Comprimento (cm) | Estado Nutricional | Assinatura e/ou Carimbo do Responsável |
|---|---|---|---|---|---|
| 1° / / | | | | | |
| 2° / / | | | | | |
| 3° / / | | | | | |
| 4° / / | | | | | |
| 5° / / | REN | | | | |
| 6° / / | | | | | |

**4° CICLO**

| Data da Consulta | REN | Peso da Criança (Kg) | Comprimento (cm) | Estado Nutricional | Assinatura e/ou Carimbo do Responsável |
|---|---|---|---|---|---|
| 1° / / | | | | | |
| 2° / / | | | | | |
| 3° / / | | | | | |
| 4° / / | | | | | |
| 5° / / | REN | | | | |
| 6° / / | | | | | |