



Prefeitura Municipal de Itirapuã

ESTADO DE SÃO PAULO

C.N.P.J MF 45.317.955/0001-05

Rua Dozito Malvar Ribas, 5.000 CEP 14.420-000 Itirapuã - SP Fone (0xx16) 3146-1204

PARECER DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO FISCALIZAÇÃO DE PARCERIAS PARA ACOMPANHAMENTO DOS CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 92/2021, REFERENTE AO CONTRATO TERMO DE FOMENTO Nº 01/2022 FIRMADOS ENTRE O MUNICÍPIO DE ITIRAPUÃ - SP E O INSTITUTO PAULISTA DE APOIO A GESTÃO DA SAÚDE - IPAGES.

Foi realizada no dia 05 de março de 2.024 às 11h00 a reunião ordinária da Comissão de Fiscalização e Acompanhamento para monitoramento da execução da parceria firmada pela Administração Municipal com a Organização da Sociedade Civil INSTITUTO PAULISTA DE APOIO A GESTÃO DA SAÚDE – IPAGES, CNPJ nº 39.781.326/0001-39. Na ocasião estiveram presentes os integrantes Luciene Mara Ribeiro (representante do Gabinete Municipal), Laisa Gabriela de Souza Guiraldelli (representante do Gabinete Municipal) nomeadas através da Portaria nº 146 de 21 de dezembro de 2.021 e o representante do Instituto IPAGES Gabriel Requer Lima.

Foram analisadas as produções informadas dos serviços prestados no período de **FEVEREIRO de 2.024** e foram verificadas as seguintes particularidades:

- Foram apresentados os seguintes documentos:
 - Relatórios de apoio administrativo realizados pela equipe do IPAGES;
 - Cópias das oficinas que comprovam o desempenho das metas.

- Resultados:

DESCRIÇÃO	META	RESULTADO
Realização de oficinas pautadas nos eixos que orientam a execução do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)	02 oficinas semanais	02 Oficinas no mês
Realizar levantamento de dados junto a Secretaria Municipal de Assistência Social	01 relatório por quadrimestre	*Será apresentado em junho, referente ao período de fevereiro a maio de 2024.



Prefeitura Municipal de Itirapuã

ESTADO DE SÃO PAULO

C.N.P.J MF 45.317.955/0001-05

Rua Dozito Malvar Ribas, 5.000 CEP 14.420-000 Itirapuã - SP Fone (0xx16) 3146-1204

- Valores consumidos no mês:
 - R\$ 9.554,82 (nove mil, quinhentos e cinquenta e quatro reais e oitenta e dois centavos) para pagamento dos profissionais CLT;
 - R\$ 2.311,87 (dois mil, trezentos e onze reais e oitenta e sete centavos) para pagamentos dos profissionais PJ.

VALOR TOTAL = R\$ 11.866,69

OBSERVAÇÕES

- As atividades referentes as oficinas tiveram retorno no dia 23/02/2024 sendo realizadas 02 oficinas, que ocorrem toda sexta feira. A profissional Oficineira também trabalhara prestando apoio à equipe do CRAS.

CONCLUSÃO

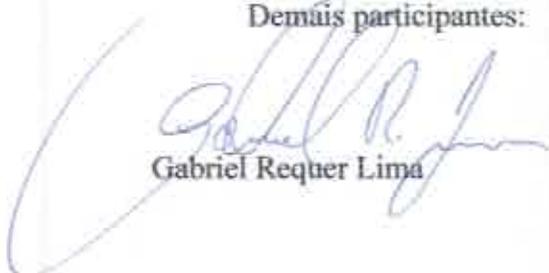
Atestamos que todas as informações e situações apresentadas neste relatório correspondem a realidade da execução do convênio e os resultados apresentados estão de acordo com os relatórios de produção anexos.

Itirapuã – SP, 05 de março de 2.024.


Luciene Mara Ribeiro


Laisa Gabriela de Souza Guiraldelli

Demais participantes:


Gabriel Requer Lima

PLANO DE CUSTO - TERMO DE FOMENTO 01/2022 - ITIAPUÁ - FEVEREIRO 2024

Área	CBO	QTD	Carpa Horária (Horas)	Salário Base	Vale Alimentação	Insalubridade	Salário Família	Ad. Noturno	Férias	1/3 Férias	13ª Salário	FGTS	Multa 40%	Total/Função	Total/Anual
SOCIAL	Assiste Social	1	33	R\$ 3.013,03	R\$ 110,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 283,79	R\$ 94,60	R\$ 283,79	R\$ 325,41	R\$ 130,16	R\$ 4.523,17	R\$ 4.523,17
	Facilitador de Oficina	1	40	R\$ 1.412,00	R\$ 110,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 160,34	R\$ 53,45	R\$ 160,34	R\$ 183,85	R\$ 73,54	R\$ 2.555,55	R\$ 2.555,55
															R\$ 7.078,72

[Handwritten Signature]
 Luis

RELATÓRIO DE ATIVIDADES E ORIENTAÇÕES TÉCNICAS PARA O DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – ITIRAPUÃ/SP.

No dia 20 de fevereiro Ketully Cadorim esteve in loco no Órgão Gestor da Assistência Social de Itirapuã para ações de assessoramento.

Ketully Cadorim orientou Mirna e Alzira sobre a Lei 14.133/2021 e como deve ser realizada as aquisições e contratações de agora em diante.

Ketully Cadorim elaborou a ATA da reunião ordinária do Conselho Municipal de Assistência Social realizada no dia 15/01/2024, encaminhou o documento para apreciação do colegiado do CMAS.

Ketully Cadorim elaborou a Resolução de aprovação do Demonstrativo Analítico Sintético Financeiro de 2022 e solicitou apoio do CMAS para colher as assinaturas e lançar no sistema com login e senha da presidente do CMAS. Pontuou que a data é até 29/01/2024.

Ketully Cadorim elaborou o Termo de Referência e o Estudo Técnico Preliminar, conforme nova lei de compras, para aquisição de gêneros alimentícios (cesta básica) para fornecimento na forma de benefício eventual aos usuários acompanhados pela Assistência Social, conforme Resolução CMAS n.º 01/2024.

No dia 29/01/2024 Ketully Cadorim realizou o preenchimento no SUASWeb referente a Resolução CMAS n.º 01/2024.

Itirapuã – SP, 01 de março de 2.024.

 Documento assinado digitalmente
KETULLY FERNANDA ASCENSO CADORIM
Data: 01/03/2024 09:43:05-0300
Verifique em <http://validar.jti.gov.br>

RELATÓRIO DE ATIVIDADES E ORIENTAÇÕES TÉCNICAS PARA O DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – ITIRAPUÃ/SP.

No dia 05 de janeiro de 2024, Ketully Cadorim realizou trabalho in loco na Prefeitura Municipal de Itirapuã, na ocasião, em parceria com Renata Santos, preencheram o Demonstrativo Sintético Analítico Financeiro SUASWeb referente a 2022.

No dia 10 de janeiro de 2024, Ketully Cadorim articulou com Conselho Municipal da Assistência Social sobre pedido de inscrição da Comunidade Sagrado Coração de Jesus, a entidade não se enquadra nos critérios para receber a inscrição.

No dia 15 de janeiro de 2024, Ketully Cadorim esteve in loco na sala de reuniões da Prefeitura Municipal de Itirapuã e participou de reunião do CMAS.

No dia 19 de janeiro, Ketully Cadorim formatou a Resolução n.º 01/2024, conforme alterações da reunião do CMAS.

No dia 22 de janeiro, Ketully Cadorim orientou Mirna de Lima sobre a entidade Sagrado Coração de Jesus poder fazer filantropia, ou seja, a entidade não está apta para ter inscrição no CMAS, todavia, a sociedade civil possui direito de fazer trabalho voluntário, caridade e benevolência. Assim, eles não tem inscrição mas podem atuar enquanto sociedade civil, haja vista que o CMAS não possui competência para inibir ações de caridade.

Itirapuã – SP, 01 de fevereiro de 2.024.

RELATÓRIO SEMESTRAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Projeto: Departamento Municipal de Assistência Social do município de Itirapuã-SP

Cliente: Instituto Paulista de Apoio à Gestão da Saúde Pública - IPAGES

Prestador de Serviço: Konsultoria Social

CNPJ prestador: 45.081.974/0001-85

Referente ao contrato n.º 13/2022

Período de referência: 2º semestre de 2023

A prestação de serviços de apoio administrativo na assessoria para o Departamento Municipal de Assistência Social, inerente ao contrato n.º 01/2022 firmado entre a Prefeitura Municipal de Itirapuã-SP e o Instituto Paulista de Apoio a Gestão da Saúde Pública (IPAGES) teve início no mês de fevereiro de 2022. O contrato n.º 13/2022 firmando entre o IPAGES e a Konsultoria Social, teve início no mesmo mês.

Os contratos supracitados preveem serviços de assessoria na gestão da Assistência Social ao município, com a realização de visitas quinzenais, ou seja, duas visitas por mês.

Franca-SP, 06 de fevereiro de 2024.

Mês	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Quantidade Planejada	Quantidade Realizada
Encontros presenciais	01	02	02	05	02	10	12
Orientações online	02	05	04	01	04	0	16

RELATÓRIO DOS RESULTADOS DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO MUNICÍPIO DE ITIRAPUÃ – SP ANO 2024

Segue abaixo a avaliação dos resultados da pesquisa de satisfação realizada no município de Itirapuã – SP, de acordo com o Plano de Trabalho do **Termo de Fomento 01/2022**, firmado entre o município de Itirapuã e o Instituto IPAGES, durante os meses de novembro, setembro de 2023 e janeiro de 2024, para mensuração do nível de satisfação dos usuários dos serviços prestados pelo Departamento Municipal de Assistência Social de Itirapuã-SP.

Metodologia

Foi utilizada para a pesquisa um formulário específico, desenvolvido pela equipe de assessoria técnica do Instituto IPAGES, composto por 06 perguntas com o objetivo de mensurar a qualidade da satisfação dos usuários do serviço social quanto a qualidade dos serviços oferecidos, conforme modelo em anexo.

O questionário foi oferecido para todos os usuários do serviço, no período de 01/11/2023 a 31/01/2024, e foram preenchidos 33 questionários por fichas manuais.

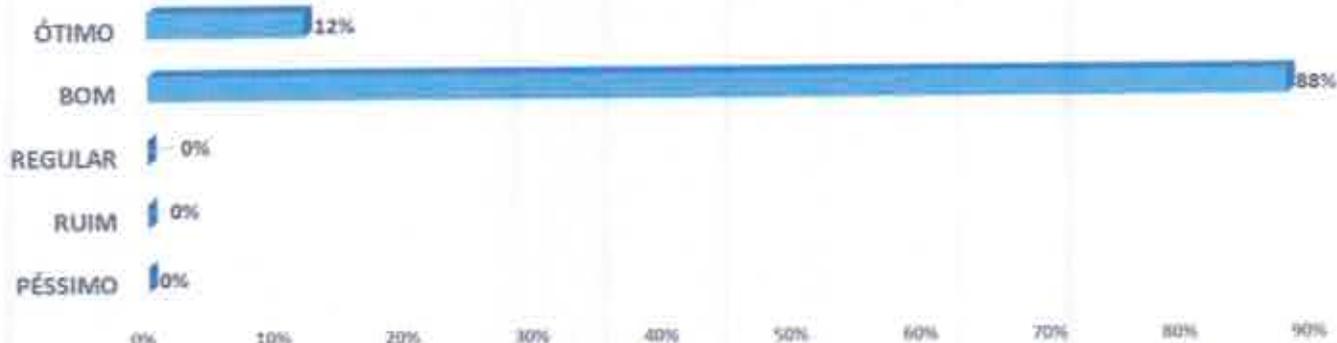
Resultados

1) Como você avalia a recepção da Unidade?

01- Como você avalia a recepção da Unidade?

Critério	%	Avaliação
PÉSSIMO	0%	0
RUIM	0%	0
REGULAR	0%	0
BOM	88%	29
ÓTIMO	12%	4

Como você avalia a recepção da Unidade?

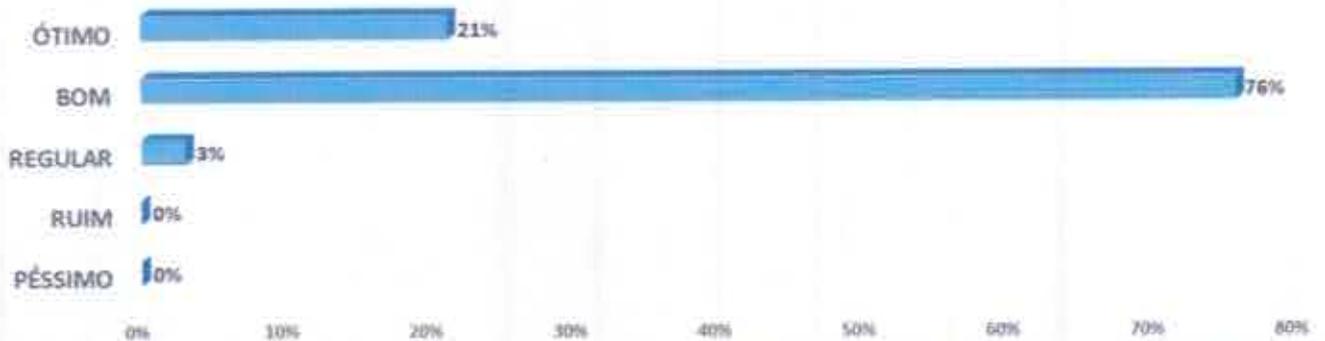


2) Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

Critério	%	Avaliação
PÉSSIMO	0%	0
RUIM	0%	0
REGULAR	3%	1
BOM	76%	25
ÓTIMO	21%	7

Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

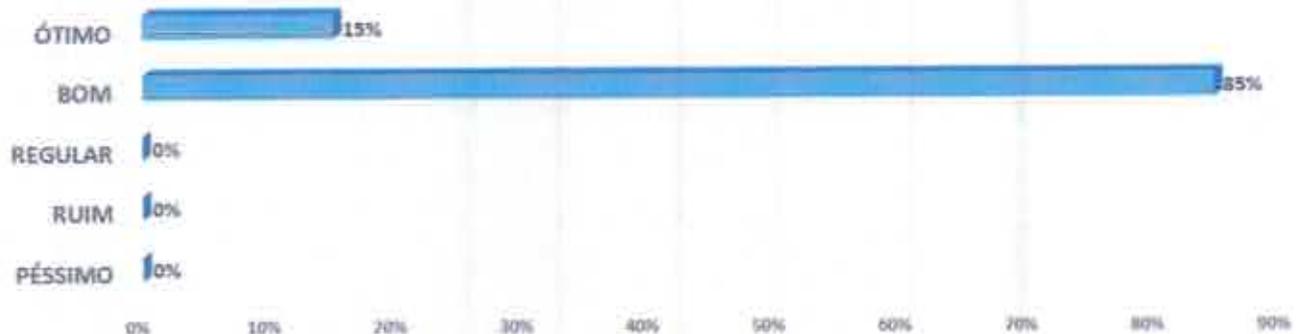


3) Como você considera o tempo de espera para atendimento?

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

Critério	%	Avaliação
PÉSSIMO	0%	0
RUIM	0%	0
REGULAR	0%	0
BOM	85%	28
ÓTIMO	15%	5

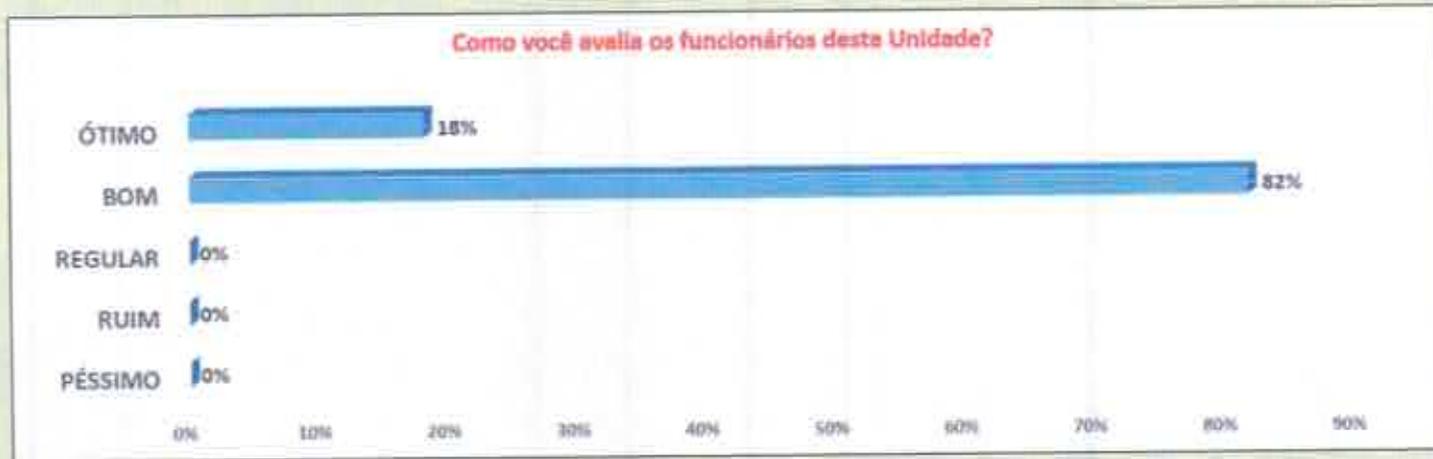
Como você considera o tempo de espera para atendimento?



4) Como você avalia os funcionários desta Unidade?

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

Critério	%	Avaliação
PÉSSIMO	0%	0
RUIM	0%	0
REGULAR	0%	0
BOM	82%	27
ÓTIMO	18%	6

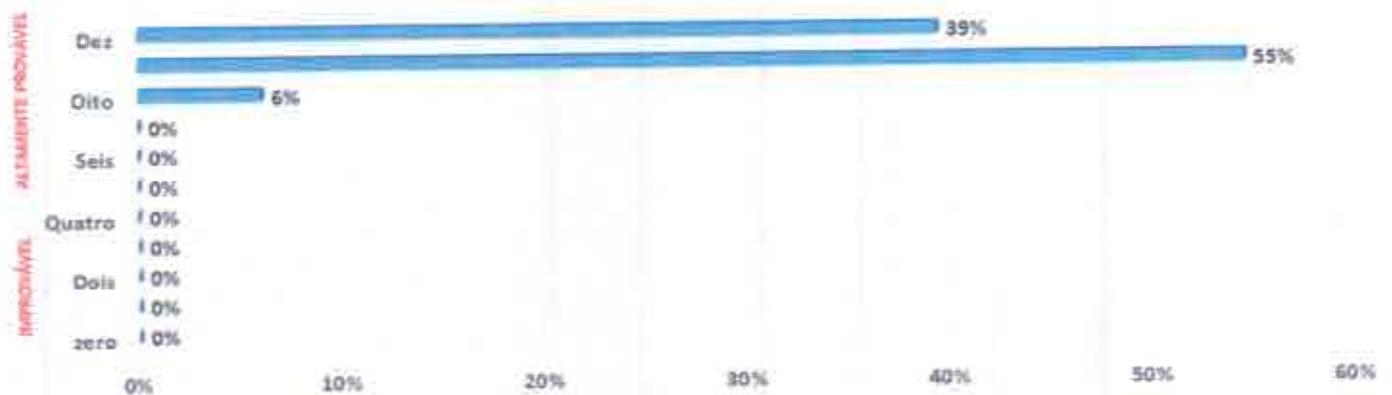


5) Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar a Unidade de Saúde a um amigo ou familiar?



Critério	%	Avaliação
zero	0%	0
Um	0%	0
Dois	0%	0
Três	0%	0
Quatro	0%	0
Cinco	0%	0
Seis	0%	0
Sete	0%	0
Oito	6%	2
Nove	55%	18
Dez	39%	13

Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar a Unidade para um amigo ou familiar?



6) Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir logo abaixo:

Respostas:

Não houve respostas para esta pergunta.

Conclusão

Dentre as perguntas aplicadas no questionário, tivemos uma boa avaliação dos usuários dos serviços, no qual demonstram satisfeitos.

Itirapuã – SP, 28 de fevereiro de 2.024

Instituto Paulista de Apoio à Gestão da Saúde Pública
IPAGES



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS (X) OUTROS ()

01 - Como você avalia a recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS (X) OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0000000000

0000000000

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS (x) OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



Imagem: Valer

At: original / jannucart

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR ()

CRAS

OUTROS ()

01 - Como você avalia a recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia a recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia a recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar

Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0010403040verf

01/10/2014 10:10:10

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: **ÓRGÃO GESTOR** () **CRAS** () **OUTROS** ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0 Muito ruim

10 Altamente positivo

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR ()

CRAS ()

OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0 - Muito insatisfeito

10 - Muito satisfeito (100%)

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar

Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0 = muito ruim

10 = muito bom

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: **ÓRGÃO GESTOR ()** **CRAS ()** **OUTROS ()**

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0 = Muito ruim

10 = Altamente recomendável

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0 = muito ruim

10 = muito bom

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUJÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia a recepção da Unidade?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0 = Muito ruim

10 = Muito bom

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
TIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: **ÓRGÃO GESTOR ()** **CRAS ()** **OUTROS ()**

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar

Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0 = Muito ruim

10 = Altamente bom

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: **ÓRGÃO GESTOR** () **CRAS** () **OUTROS** ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



sem nenhuma chance

100% de probabilidade de recomendar

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Inf: ÓRGÃO GESTOR ()

CRAS

OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

F: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia a recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0 Ótimo

10 Muito ruim

36 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Orgão Gestor ()

CRAS ()

OUTROS ()

01 - Como você avalia a recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Inf: ÓRGÃO GESTOR ()

CRAS

OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

UF: **ÓRGÃO GESTOR** () **CRAS** (X) **OUTROS** ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



UF: ()

UF: ()

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: ÓRGÃO GESTOR () **CRAS** (X) OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)										

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

F: ÓRGÃO GESTOR () CRAS () OUTROS ()

01 - Como você avalia a recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar

Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A chance de não										A chance de recomendar

16 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Def: ÓRGÃO GESTOR () CRAS (X) OUTROS ()

01 - Como você avalia a recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar
Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



Implicação Avel

Atividade B (atividade)

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ-SP

Ref.: -) Órgão Gestor CRAS ou () Outros

01. Como você avalia a recepção da Unidade?
() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo
02. Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
() Ótimo Bom () Regular () Ruim () Péssimo
03. Como você considera o tempo de espera para o atendimento?
() Ótimo Bom () Regular () Ruim () Péssimo
04. Como você avalia os funcionários desta Unidade?
() Ótimo Bom () Regular () Ruim () Péssimo
05. Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar a Unidade para um amigo ou familiar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Improvável					Altamente provável					

06. Caso houver alguma observação, sugestão ou reclamação, favor inserir abaixo:



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Inf: ÓRGÃO GESTOR ()

CRAS

OUTROS ()

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar

Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0 - Muito ruim

10 - Muito bom

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir
abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ - SP

Ref: **ÓRGÃO GESTOR ()** **CRAS** **OUTROS ()**

01 - Como você avalia o recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar

Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 - pior avaliação possível										
10 - melhor avaliação possível										

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir abaixo:

Resposta: _____



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
TIRAPUÃ - SP

tel: ÓRGÃO GESTOR ()

CRAS

OUTROS ()

01 - Como você avalia a recepção da Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

02 - Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
Unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

03 - Como você considera o tempo de espera para atendimento?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

04 - Como você avalia os funcionários desta unidade?

ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

05 - Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar

Unidade de Saúde a um amigo ou familiar? (Marque com um "x" na imagem abaixo)



0 = probabilidade

10 = probabilidade máxima

06 - Caso houver alguma observação, sugestão e ou reclamação, favor inserir abaixo:

Resposta: _____



**PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ-SP**

Ref.: ...) Órgão Gestor CRAS ou () Outros

01. Como você avalia a recepção da Unidade?

() Ótimo Bom () Regular () Ruim () Péssimo

02. Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?

() Ótimo Bom () Regular () Ruim () Péssimo

03. Como você considera o tempo de espera para o atendimento?

() Ótimo Bom () Regular () Ruim () Péssimo

04. Como você avalia os funcionários desta Unidade?

() Ótimo Bom () Regular () Ruim () Péssimo

05. Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar a Unidade para um amigo ou familiar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Improvável					Altamente provável					

06. Caso houver alguma observação, sugestão ou reclamação, favor inserir abaixo:



PESQUISA DE SATISFAÇÃO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ITIRAPUÃ-SP

Ref.: () Órgão Gestor () CRAS ou () Outros

01. Como você avalia a recepção da Unidade?
() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo
02. Como você avalia a qualidade dos serviços da Unidade?
() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo
03. Como você considera o tempo de espera para o atendimento?
() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo
04. Como você avalia os funcionários desta Unidade?
() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo
05. Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar a Unidade para um amigo ou familiar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Improvável					<input checked="" type="checkbox"/>					

06. Caso houver alguma observação, sugestão ou reclamação, favor inserir abaixo:
