



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO - MDSA



CENSO SUAS 2016

Centro Dia e Similares

MANUAL DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

**Unidades que executam o Serviço de Proteção Social Especial para
Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.**

As informações declaradas pelo agente público neste questionário possuem Fé Pública e constituem registros administrativos do Sistema Único de Assistência Social. O fornecimento de informações inverídicas sujeita o agente responsável a sanções administrativas, civis e penais.

**RECOMENDA-SE A LEITURA PRÉVIA DESTE MANUAL PARA O
CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

Brasília, 2016.

APRESENTAÇÃO

O Censo SUAS tem a finalidade de coletar informações sobre os padrões dos serviços, programas e projetos de assistência social realizados no âmbito das unidades públicas de assistência social e das entidades e organizações constantes do cadastro da assistência social, bem como sobre a atuação dos Conselhos de Assistência Social, como dispões o [Decreto 7.334, de 19 de outubro de 2010](#).

Este manual é um guia para o preenchimento correto do questionário eletrônico das Unidades que executam o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, que deve ser preenchido pelos municípios e Distrito Federal.

O período de preenchimento do questionário eletrônico dos CRAS pelos municípios se inicia no dia **26 de setembro** e se encerra no dia **18 de novembro**.

Os questionários devem sempre ser preenchidos em papel antes do preenchimento no sistema eletrônico. Dessa maneira, assegura-se que no momento de inserir os dados no sistema eletrônico todas as informações necessárias já tenham sido coletadas e validadas pelos responsáveis.

Para envio das informações ao Ministério, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>.

O MDSA recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico. O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município pelo prazo de 5 (cinco) anos.



Atenção!

A senha de acesso para o preenchimento do questionário eletrônico deve ter perfil de usuário **cadsuas.municipio** ou **cadsuas.estado**

Para preencher o questionário eletrônico do CENSO SUAS 2016, os responsáveis devem utilizar o login e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS. Para que o acesso ao questionário eletrônico seja liberado, é necessário que o responsável pelo preenchimento tenha perfil de acesso ao CADSUAS (**cadsuas.municipio** ou **cadsuas.estado**).

Problemas relativos à senha de acesso são solucionados exclusivamente pelo telefone:

0800 707 2003

Caso haja alguma dúvida ou necessidade de apoio ou esclarecimento, comunique-se com a sua Secretaria Estadual de Assistência Social ou congênere. Para entrar em contato com o Ministério, envie e-mail para vigilanciasocial@mds.gov.br, ou ligue (61) 2030-3000/ 3001/ 3118/ 3131/ 3132/ 3236, ou ainda pelo 0800 707 2003.

Recomenda-se o uso do navegador Mozilla Firefox para o preenchimento e o envio do questionário eletrônico.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

O Bloco I – Identificação da Unidade no Censo SUAS 2016 será extraído das informações já preenchidas nas abas 'Identificação' e 'Endereço' do Sistema de Cadastro do SUAS (CADSUAS).



Atenção!

Se a Unidade da qual se deseja preencher o questionário do Censo SUAS 2016 já está cadastrada no CADSUAS os dados de identificação já serão exibidos na página inicial do Censo.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS

Nome que identifica a unidade: _____

Informe o nome fantasia pelo qual se identifica esta unidade, por exemplo: Centro Dia jardim.

Observe que:

O nome fantasia é a denominação atribuída a cada unidade a fim de melhor identificá-lo, especialmente quando o município possui mais de uma unidade. O nome fantasia pode fazer referência ao bairro e/ou território onde está localizada a unidade.

Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua etc.) _____

Informe a identificação do endereço, por exemplo: rua, avenida, praça, quadra etc., onde se situa esta unidade.

Endereço _____

Informe o endereço desta unidade, de acordo com o nome da rua, avenida, praça, quadra etc. onde se localiza, conforme endereço de correspondência, considerado pelos Correios e Telégrafos (ECT).

Atenção! EVITAR ABREVIACÕES!

Número: _____

Informe o número referente ao endereço desta unidade.

Complemento: _____

Informe dados complementares sobre o endereço. Caso não exista informação adicional, este campo poderá ser deixado em branco. O complemento refere-se a alguma informação adicional relativa ao endereço que seja importante informar para melhor localização da Unidade.

Bairro: _____

Informe o bairro no qual está situada a unidade.

***Para o Distrito Federal no campo Bairro deve ser informada a Região Administrativa na qual está localizada a unidade, ainda que este referencie mais de uma Região Administrativa.**

CEP: _____

Informe o Código de Endereçamento Postal desta unidade, no seguinte formato nn.nnn-xxx (70.788-090, por exemplo).

Município: _____

Selecione o município no qual está situada esta unidade.

***Para o Distrito Federal:** neste campo deve ser selecionada a opção Brasília, independentemente da Região Administrativa na qual está localizada a unidade.

UF: _____

Selecione a Unidade Federada na qual se situa esta unidade.

E-mail: _____

Informe o endereço eletrônico desta unidade. Se esta unidade não possuir um endereço eletrônico, informe o e-mail da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênera, ou, ainda, o da Prefeitura Municipal. O e-mail informado deve ser institucional. Apenas na ausência deste pode ser informado e-mail particular.

DDD- Telefone |_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Ramal:** |_|_|_|_|_|

Informe o número do telefone desta unidade, no seguinte formato: DDD com 02 (dois) dígitos e número do telefone com 08 (oito) dígitos. Por exemplo: (61) 3433-8783. Caso nesta unidade não exista telefone, informe o da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênera, ou, ainda, o da Prefeitura Municipal. Caso nesta unidade exista mais de um telefone, indique no campo específico o ramal que possa ser contatado.

Fax: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Informe o número do fax desta unidade, caso o mesmo o possua.

Data de implantação desta Unidade: |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_| (dd/mm/aaaa)

Informe a data em que foi iniciado o funcionamento desta unidade, indicando o dia, o mês e o ano.



Atenção!

Considere início do funcionamento a data na qual foram iniciados os atendimentos.

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: *(marcação do sistema)*

Identifique o responsável pela gestão e manutenção da unidade. A resposta desta pergunta é migrada automaticamente quando os dados são atualizados no CadSuas.

Estadual

A opção “Estadual” indica que o governo estadual é o responsável pelo funcionamento da unidade.

Municipal

A opção “Municipal” indica que o governo municipal é o responsável pelo funcionamento da unidade.



Atenção!

Estes dados serão carregados automaticamente do CadSUAS. Caso necessário, atualize os dados no CADSUAS.

2. Indique o Público atendido nesta Unidade: *(marcação múltipla – caso necessário, atualize no CADSUAS)*

Indique o público atendido pela unidade. Estes dados são carregados do CadSUAS. Caso necessário, atualize essas informações neste cadastro.

Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência;

Adultos com deficiência e com algum grau de dependência; -

Idosos com deficiência;

Idosos com algum grau de dependência (sem deficiência).

3. Horário de funcionamento:

Indique quantos dias na semana e horas por dia esta unidade funciona regularmente.

dias por semana *(seleção)*

Indique quantos dias por semana este Centro Dia oferta o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Caso oferte durante os cinco dias da semana mas, eventualmente ou apenas uma vez por mês desenvolve alguma atividade no sábado ou domingo, deve ser preenchido que o Centro de Convivência oferta o serviço 5 dias por semana.



Atenção!

Indique a quantidade de dias em que a unidade efetivamente funciona e realiza

horas por dia *(seleção)*

Indique quantas horas por dia este Centro Dia oferta o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Caso seja horário diversificado, calcular a média de funcionamento diário.

EXEMPLO: Se o Centro Dia oferta o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias durante 7 horas por dia, de segunda a sexta e 5 horas no sábado, é preciso calcular a média de funcionamento diário, ou seja, 40 horas dividido por 6 (dias por semana, em que o Centro Dia), o que resulta no funcionamento diário de 6,66 horas diárias. Neste caso considerar 7 horas diárias.

4. Indique a Natureza desta Unidade: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)

Esta questão deve sinalizar a natureza da unidade. As informações desta questão são vinculadas ao CadSUAS.

Governamental (pule para questão 11)

Esta opção deve ser marcada se a unidade for governamental, neste caso Centros Dia.

Não governamental

Esta opção deve ser preenchida por unidades de assistência social que executam o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.



Estas unidades devem possuir cadastro no Conselho Municipal de Assistência Social.



Unidades de direito privado só respondem esta questão se possuírem instrumento legal de cooperação com o poder público, de forma que 1 (uma) ou mais vagas possam ser utilizadas pela política pública.

5. Em caso de Entidades Não Governamental, indique o CNPJ:

Nesta questão deve ser informado o número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) da Entidade.



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** para unidades **Não Governamentais**.

Caso se trate de uma Unidade Governamental, essa questão deve ser deixada em branco.



CNPJ: |_|_|.|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (caso necessário, atualize no CADSUAS)

6. Esta Unidade faz parte de alguma rede/federação nacional ou estadual de entidades de defesa e apoio às pessoas com deficiência e suas famílias?



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** para unidades **Não Governamentais**.

Indique se a unidade participa de alguma rede ou federação de entidades que atuam na defesa e apoio às pessoas com deficiência, composta por APAE, Pestalozzi, Associações, Conselhos, entre outros:

Sim Não (pule para a questão 8)

7. Caso sim, informe qual: (marcação única)



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** para unidades **Não Governamentais**.

Indique qual federação ou rede a unidade faz parte.

Federação Nacional e/ou Estadual de APAES

Organização social sem fins lucrativos, de utilidade pública federal e certificada como beneficente de assistência social, de caráter cultural, assistencial e educacional. Sua missão é promover e articular ações de defesa dos direitos das pessoas com deficiência, na perspectiva da inclusão social de seus usuários.

Federação de Nacional e/ou Estadual de Associações Pestalozzi

Movimento voltado para o desenvolvimento de programas, projetos, serviços e ações de defesa e garantia de direitos destinados às pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e funcionais e pessoas com altas habilidades/superdotação e seus familiares.

Federação Brasileira das Instituições de Excepcionais (FEBIEX)

Outras. Qual: _____



Evitar abreviações ao preencher o campo **Qual:** _____.

8. A entidade recebe recursos financeiros do poder público visando à manutenção do Serviço? (resposta Única)



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** para unidades **Não Governamentais**.

Caso se trate de uma Unidade Governamental, essa questão deve ser deixada em branco.

Sim, municipal ou Distrito Federal

Assinale "Sim" caso a entidade receba recursos financeiros do Governo Municipal para a manutenção da Unidade.

Sim, estadual

Assinale "Sim" caso a entidade receba recursos financeiros do Governo Estadual para a manutenção da Unidade.

Sim, municipal e estadual

Assinale "Sim" caso a entidade receba recursos financeiros tanto do Governo Municipal quanto do Governo Estadual para a manutenção da Unidade.

Não

Assinale "Não" caso a entidade **NÃO RECEBA NENHUM** tipo de recurso financeiro, seja do Governo Municipal quanto do Governo Estadual, para a manutenção da Unidade.

9. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público municipal ou estadual ou Distrito Federal? Caso sim, indique quais: (Atenção! Assinalar os itens apenas quando o apoio ocorrer de forma direta, não sendo decorrente do próprio recurso financeiro transferido pelo Convênio) (admite múltipla resposta)



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** para unidades **Não Governamentais**.

Só devem ser assinalados os itens que corresponderem a apoio ofertado diretamente, e não por meio de convênio ou repasse de recursos financeiros para a manutenção da Unidade (nesse caso, deverá ser assinalado "Sim" na questão anterior).

Exemplo: Se a Entidade tem convênio com o Governo Municipal e recebe, mensalmente ou anualmente, recursos financeiros e esse dinheiro é utilizado para a aquisição de gêneros alimentícios, NÃO deve ser assinalado esse item nesta questão.

Já no caso da Prefeitura/Secretaria Municipal fornecer diretamente os gêneros alimentícios, deve-se assinalar a opção correspondente.

Não recebe nenhuma outra forma de apoio do poder público municipal (siga para a questão 10)

Esta opção deve ser marcada em dois casos. No primeiro se a entidade não tem convênio com o poder público, e não recebe deste apoio direto, por exemplo em forma de doações. A segunda opção se a entidade **tem** convênio e não recebe apoio direto do poder público. Caso essa opção seja marcada, **NENHUMA** das demais opções abaixo deverá ser marcada.

Cessão de recursos humanos

Assinale essa opção caso o poder público municipal ceda profissionais para trabalhar na Unidade. Não se enquadra nesse item a participação esporádica de profissionais da prefeitura em reuniões, estudo de caso, discussão de encaminhamento, nem o trabalho de supervisão e/ou fiscalização da entidade.

Cessão imobiliária

Assinale essa opção caso a Unidade funcione em imóvel cedido gratuitamente pelo poder público municipal.

Pagamento de aluguel

Assinale essa opção caso o aluguel do imóvel onde funciona a Unidade seja pago pelo poder público municipal.

Pagamento de contas de água

Assinale essa opção o pagamento de contas de água do imóvel onde funciona a Unidade seja pago diretamente pelo poder público municipal.

Pagamento de contas de luz ou telefone

Assinale essa opção caso o pagamento de contas de luz ou telefone do imóvel onde funciona a Unidade seja pago diretamente pelo poder público municipal.

Fornecimento de gêneros alimentícios

Assinale essa opção caso o poder público municipal seja o responsável pelo fornecimento de gêneros alimentícios para a Unidade.

Fornecimento de materiais de higiene e limpeza

Assinale essa opção caso o poder público municipal seja o responsável pelo fornecimento de materiais de higiene e limpeza para a Unidade.

Fornecimento de materiais didáticos

Assinale essa opção caso o poder público municipal seja o responsável pelo fornecimento de materiais didáticos para a Unidade.

Isenção de taxas ou tributos municipais

Assinale essa opção caso a entidade usufrua de alguma isenção de taxa ou tributo municipal.

BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICA

12. Situação do imóvel onde se localiza a Unidade/Serviço: *(Resposta única)*

Próprio

Refere-se ao imóvel que possui escritura/registro em nome da Prefeitura Municipal, Governo do Distrito Federal, Governo do Estado ou da Entidade que executa o serviço.

Alugado

Refere-se ao imóvel que possui contrato de locação em nome da Prefeitura Municipal, Governo do Distrito Federal, Governo do Estado ou da Entidade que executa o serviço.

Cedido

Refere-se ao imóvel público ou privado cedido à Prefeitura Municipal ou a Entidade, sem ônus, exceto despesa de manutenção.

Outro

Refere-se a outros tipos de situações de imóveis que não se classificam nas situações descritas anteriormente.

13. Descreva o espaço físico desta Unidade: *(Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço).*

Em caso de compartilhamento, indique os espaços físicos existentes e utilizados especificamente pelo Centro Dia.



Atenção!

É obrigatório preencher todos os campos, mesmo que seja com o numeral “zero”.
Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço.

Para responder esta questão observe que:


É necessário quantificar as salas e banheiros que o Centro Dia possui. A indicação do número de salas de atendimento deve ser realizada a partir de avaliação prévia da capacidade de cada uma (capacidade máxima para o atendimento de 5 pessoas, de 6 a 14 pessoas, de 15 a 30 pessoas ou sala com capacidade superior a 30 pessoas).



No caso dos banheiros, é preciso contar apenas os cômodos que são usados como banheiros (independente da quantidade de divisórias ou vasos sanitários que existam em cada banheiro).

EXEMPLO 1: Preenchimento da primeira parte da questão 13.

Se o Centro Dia possui 5 salas com capacidade máxima para o atendimento de 5 pessoas; nenhuma com capacidade de 6 a 14 pessoas; 1 sala com capacidade de 15 a 29 pessoas; 1 salão com capacidade superior a 29 pessoas; 1 sala com capacidade para o atendimento de mais de 30; 1 sala para as atividades da coordenação e equipe técnica; 10 dormitórios; e 2 banheiros exclusivos para os trabalhadores; 4 banheiros à disposição dos usuários. O quadro deve ser preenchido da seguinte forma:

Salas utilizadas para atividades com os usuários	Quantidade
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	_0_ _5_
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	_0_ _0_
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas	_0_ _1_
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	_0_ _1_
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração	
Quantidade de salas <i>(Atenção! Não são salas utilizadas para atendimento!)</i>	_0_ _1_
Quartos ou Dormitórios * (caso não possua, informe "zero")	
Quantidade de quartos/dormitórios	_1_ _0_
Banheiros de uso exclusivo dos trabalhadores	
	0 _2_
Em relação ao quantitativo de banheiros, é necessário especificar o número de uso exclusivo da equipe de profissionais da Unidade. No exemplo acima, são dois banheiros exclusivos.	
 Se não houver banheiro exclusivo para a equipe, marque "0" (zero).	
Banheiros para uso dos usuários	_0_ _4_
Preencha o número total de banheiros existentes para utilização dos(as) usuários(as).	

EXEMPLO 2: Preenchimento da segunda parte da questão 13.

Nas questões referentes aos **Demais Ambientes** da unidade, basta indicar sua existência ou não.

Se o Centro Dia possui recepção (antessala, destinada à espera e ao primeiro acolhimento das famílias/indivíduos); cozinha/copa, refeitório, almoxarifado, mas não tem espaço externo para atividades de convívio, então o quadro deve ser preenchido da seguinte forma:

Demais Ambientes	Possui?	
Recepção	x Sim	_ Não
Cozinha/Copa	x Sim	_ Não
Refeitório	x Sim	_ Não
Almoxarifado ou similar	x Sim	_ Não
Piscina	_ Sim	x Não
Quadra esportiva	_ Sim	x Não
Espaço externo para atividades de convívio ou recreação (exceto quadra e piscina)	_ Sim	x Não

14. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas nesta Unidade: (Resposta única por linha)

Indique se os espaços físicos desta unidade possuem condições de acessibilidade para pessoas idosas ou pessoa com deficiência, e se estes estão em conformidade ou não com a [NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas \(ABNT\)](#) que trata da “acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos” (NBR 9050). Considere que a unidade possui condições de acessibilidade em conformidade com a Norma da ABNT, apenas se as adaptações existentes forem suficientes para garantir o acesso e a participação da pessoa idosa ou com deficiência nas atividades desenvolvidas (rampa para entrada, acessibilidade nos banheiros e salas de atendimento etc.).



Acessibilidade é a possibilidade de acesso a todas as pessoas ao meio edificado, à via pública, aos transportes e às tecnologias de informação e comunicação, com o máximo possível de autonomia e de usabilidade.

OBS 1: A opção “Sim, de acordo com a Norma da ABNT” deve ser assinalada apenas se as adaptações existentes atenderem às exigências da Norma especificada.

OBS 2: A opção “Sim, mas não estão de acordo com a Norma da ABNT” deve ser assinalada no caso da unidade possuir acessibilidade mas não em conformidade com a Norma, desde que adequadas para garantir o acesso e a participação da pessoa idosa ou com deficiência nas atividades desenvolvidas.

Condições de acessibilidade apresentadas	SIM De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	SIM Mas não estão de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção no interior da unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos espaços da Unidade (recepção, salas de atendimento e espaços de uso coletivo);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível ao banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta unidade?
(Admite múltiplas respostas)

Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS

Marque essa opção se a unidade possui profissional com conhecimento em Libras. Libras é a língua brasileira de sinais (Libras) é a língua de sinais (língua gestual) usada pela maioria dos surdos dos centros urbanos brasileiros

Sim, suporte de material em braille.

Marque essa opção se a unidade possua material de Braille, tais como livros, placas ou avisos. Braille é um sistema de leitura com o tato para cegos.

Sim, suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual.

Marque essa opção se a unidade possui suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual. O **leitor de tela** é um software usado para obter resposta do computador por meio sonoro, usado principalmente por deficientes visuais.

Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência física.

Qual? _____

Marque essa opção se a unidade possui adaptações e tecnologias para minorar os problemas encontrados pelos usuários com deficiência física

Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência intelectual e autismo.

Qual? _____

Marque essa opção se a unidade possui adaptações e tecnologias para minorar os problemas encontrados pelos usuários com deficiência intelectual e autismo.

Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados pessoa com deficiência visual.

Marque essa opção se a unidade possui pisos que orientem os usuários com deficiência visual.

Não há outras adaptações.

Marque essa opção se a unidade não possui adaptações ou tecnologias assistivas.



Atenção!

Tecnologias assistivas são também conhecidas como: "uma ampla gama de equipamentos, serviços, estratégias e práticas concebidas e aplicadas para minorar os problemas encontrados pelos indivíduos com deficiências" (COOK, A. M., HUSSEY, S. M. *Assistive Technologies: Principles and Practices*. St. Louis, Missouri. Mosby-Year Book, 1995.).

16. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos Serviços desta unidade. (Admite múltiplas respostas)

Equipamentos e materiais são os objetos utilizados por uma unidade para a realização de suas tarefas, atividades e cumprimento de suas funções. Informe quais os equipamentos e materiais a unidade possui em perfeito funcionamento e estão disponíveis no local de realização das atividades para o uso da equipe técnica e administrativa.

- Telefone uso exclusivo
- Telefone uso compartilhado
- Impressora
- Televisão (TV)
- Equipamento de som
- DVD
- Datashow
- Máquina Fotográfica
- Filmadora
- Veículo de uso exclusivo
- Veículo de uso compartilhado
- Veículo adaptado para o transporte de cadeirantes
- Acervo bibliográfico (Livros)
- Brinquedos
- Materiais pedagógicos, culturais e esportivos
- Armários individualizados para guarda de pertences
- Artigos de higiene pessoal
- Cadeira de rodas
- Cadeiras para banho
- Geladeira
- Freezer
- Fogão
- Micro-ondas
- Máquina de lavar roupa
- Secadora de roupa
- Camas/ leitos. Quantidade? |_|_|
- Sofás/ poltronas

BLOCO 4 – SERVIÇOS E ATIVIDADES

17. Esta Unidade oferta exclusivamente serviços voltados para pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas com dependência (e suas famílias).

Marque nesta opção se esta unidade oferta exclusivamente serviços voltados para pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas com dependência (e suas famílias). Considere as orientações da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

18. Onde o Serviço é executado?

exclusivamente no domicílio

Assinale esta opção no caso do serviço ser realizado exclusivamente nos domicílios dos usuários por uma equipe se desloca para realizar o atendimento.

exclusivamente na unidade

Assinale esta opção no caso do serviço ser realizado exclusivamente na unidade, Centro Dia ou Unidade Referenciada.

em ambos

Assinale esta opção no caso do serviço ser ofertado aos usuários na unidade e no domicílio do usuário.

19. O Serviço de Proteção Social Especial Para Pessoas Com Deficiência, Idosas e suas Famílias, ofertado nesta Unidade, possui capacidade para atender quantos usuários por turno?

Indique o a capacidade de atendimento da unidade por turno, matutino ou vespertino. **Atenção!** A Capacidade leva em conta o número de pessoas atendidas em cada turno, portanto, se uma pessoa é atendida o dia todo pela unidade ela deve ser contada no período matutino e no período vespertino.

usuários por turno

20. Em média, quantos dias por semana os usuários da unidade frequentam este serviço?

Indique dentre as opções listadas abaixo, quantos dias por semana os usuários frequentam a unidade que oferta o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com deficiência, idosas e suas famílias.

um dia, ou menos, a cada mês

um dia por quinzena

um dia por semana

dois a três dias por semana

quatro a cinco dias por semana

mais de cinco dias por semana

21. Em média, quantas horas por dia os usuários da unidade permanecem na Unidade (nos dias em que este utiliza o serviço)?

Indique dentre as opções listadas abaixo, em média, quantas horas os usuários frequentam a unidade que oferta o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com deficiência, idosas e suas famílias.

- menos de uma hora
- uma a duas horas
- duas a três horas
- quatro a seis horas
- sete a oito horas
- nove a dez horas
- onze a doze horas
- mais de doze horas

22. Indique as ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Centro Dia e Similares “Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas e suas famílias” nesta unidade: (admite múltiplas escolhas)

Indique todas as ações e atividades que são desenvolvidas nesta unidade pelo Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas.



Atenção!

Assinalar somente as ações e atividades desenvolvidas no espaço físico da unidade, pela sua equipe de referência.

Acolhida e escuta inicial

Consiste no atendimento inicial e na escuta qualificada das necessidades e demandas trazidas pelo indivíduo ou família, realizada por profissional da unidade. Tem como objetivo compreender as demandas apresentadas pelas, conhecer as expectativas de indivíduos e famílias e iniciar a construção de vínculo de confiança para o desenvolvimento do acompanhamento socioassistencial.

Estudo social

Consiste em estudo realizado por profissional da equipe técnica da unidade com o objetivo de conhecer a trajetória de vida de cada usuário, identificar demandas e possibilidades para o trabalho a ser desenvolvido, encaminhamentos necessários, inclusive para acesso a serviços e benefícios. As informações mais relevantes do estudo devem ser registradas em instrumentais apropriados (fichas cadastrais, bancos de dados, prontuários etc.), observada a questão ética.

Orientação sobre acesso ao BPC e outros benefícios

Atenção! Somente é possível afirmar que há um processo de orientação/acompanhamento para inserção de famílias no BPC, se já houve o estabelecimento de fluxos entre a Secretaria de Assistência Social (ou congênera) e as agências do INSS.

Orientação e apoio para obtenção de documentação pessoal

Assinale esta opção se esta unidade realiza o apoio para obtenção de documentação pessoal aos usuários. Esta ação consiste na orientação e no estabelecimento de fluxos e sistemáticas de encaminhamento de indivíduos para os órgãos responsáveis pela emissão de documentação pessoal.

Orientação para realização de cadastro no CadÚnico

Assinale esta opção se esta unidade orienta os usuários para realização do Cadastro Único. *O Cadastro Único para Programas Sociais - CadÚnico é instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda, a ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários e integração de programas sociais do Governo Federal voltados ao atendimento desse público* ([Decreto 6.135, de 26 de junho de 2007](#)).

Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar

Assinale esta opção se nesta unidade é realizada a elaboração do Plano de Acompanhamento Individual ou Familiar às famílias e indivíduos em acompanhamento. Esta ação consiste em um conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma continuada, a partir do estabelecimento de compromissos entre a família e profissionais. Nesse instrumento, faz-se necessário o apontamento de objetivos, estratégias e recursos que possam contribuir para o trabalho social, considerando as particularidades e o protagonismo de cada indivíduo e sua família.

Oficinas e atividades coletivas de convívio e socialização

São ações participativas, cujo objetivo é ampliar o universo informacional, cultural e social dos usuários, visando à construção coletiva de conhecimentos e ações. As oficinas devem oportunizar espaços de expressão, troca de experiências, discussão e reflexão, descoberta e potencialização de recursos e potencialidades, além do fortalecimento da autoestima e identidade.



Atenção!

Nas opções que envolverem o conceito de “**encaminhamento**”, considere que: Encaminhamento é o processo de orientação do usuário para acesso a um serviço ou direito, comunicação do órgão responsável pela outra política da necessidade de atendimento do usuário, oferta de um documento oficial de encaminhamento e o acompanhamento junto à rede e ao usuário da efetivação do atendimento.

Encaminhamento para a rede de serviços socioassistenciais

Encaminhamento para os serviços da rede de saúde

Encaminhamento para política de educação

Encaminhamento para serviços/Unidades das demais políticas públicas

Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)

Acompanhamento dos usuários encaminhados para a rede

Consiste no acompanhamento/monitoramento dos encaminhamentos realizados pela equipe da unidade, de forma a efetivar seu papel de proteção e atendimento a indivíduos com algum grau de dependência e suas famílias, que demandam atendimento na rede. Pressupõe contatos sistemáticos com os atores da rede para acompanhar os encaminhamentos realizados, tendo em vista a importância de um trabalho conjunto e efetivo com indivíduos e famílias, a partir das demandas identificadas

Registro de informações em prontuário

Assinale esta opção se nesta unidade é realizado o registro do acompanhamento realizado com as famílias em Prontuário. A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais aponta que a utilização de prontuário é requisito essencial para o trabalho social com famílias no âmbito do SUAS. O registro sistemático de informações em prontuário representa um indicador de qualidade do serviço ofertado, além de se constituir como um instrumento técnico para

respaldo ético e legal dos profissionais responsáveis pelo serviço ofertado e para a família e indivíduos atendidos.

Elaboração de relatórios sobre casos em acompanhamento

Consiste na elaboração de relatórios sobre casos que estejam em na unidade, seja para uso no âmbito do próprio serviço ou unidade, seja para atender solicitações do Poder Judiciário, Ministério Público, Serviços de Saúde ou de outros atores da rede. O relatório pode ter, ainda, a função de comunicar a outros atores, como Conselho Tutelar e Poder Judiciário, condições verificadas ao longo do acompanhamento que requeiram uma avaliação por parte dos mesmos.

Visitas Domiciliares

Assinale esta opção se os técnicos que ofertam o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias realizam visitas domiciliares. A visita domiciliar tem por objetivo ofertar alguma ação relativa ao serviço.

Atividades com a família do usuário

Assinale esta opção se nesta unidade são realizadas atividades com a família do usuário. Essas atividades visam à orientação às famílias sobre cuidados, sobre o apoio às famílias e aos cuidadores familiares na diminuição do estresse decorrente dos cuidados prolongados na família.

Mobilização dos usuários para acesso ao serviço

Trata-se de ações de disseminação e divulgação sobre as ofertas e a forma de atendimento ofertado na unidade. Nesta ação o público alvo, indivíduos ou famílias com presença de pessoas com algum grau de dependência são mobilizados para conhecer as atividades ofertadas na unidade.

Apoio e orientação aos cuidadores familiares

Esta atividade oferecer apoio aos cuidadores familiares para que viabilizar a conciliação dos papéis sociais de cuidados, desenvolvimento de projetos pessoais, estudos, trabalho e convivência com os demais integrantes da família.

Orientação sobre tecnologias assistivas

Assinale esta opção no caso das unidades que realizam atividades de orientação sobre as tecnologias assistivas existentes, incluindo indicação sobre os locais em que os usuários podem obter esses recursos.

Orientação e apoio nos autocuidados

Assinale esta opção caso a unidade oferte, no âmbito do serviço, apoio prático aos usuários para a realização das ações diárias de autocuidados, tais como alimentação, limpeza íntima, troca de roupas, e para as demais atividades cotidianas.

Palestras e Oficinas envolvendo a comunidade

Assinale esta opção se esta unidade realiza palestras e oficinas envolvendo a comunidade. Esta ação consiste em exposições orais e/ou audiovisuais a respeito de um tema, conforme expectativas e necessidades de um grupo de famílias, seus membros ou a um grupo de pessoas na comunidade, com objetivo de sensibilizar e mobilizar para alguma questão ou para divulgar e incentivar a participação em outras atividades socioassistenciais e socioeducativas.

Provisionamento de bens materiais

Assinale esta opção caso a unidade distribua entre os usuários materiais diversos, tais como: equipamentos de tecnologia assistiva, cadeiras de rodas, fraldas, entre outros.

Provisão de órteses e próteses

Assinale esta opção caso a unidade distribua entre os usuários órteses e próteses. Próteses são dispositivos permanentes ou transitórios que substituem total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Órteses são dispositivos permanentes ou transitórios, utilizados para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais.

23. Além das atividades acima descritas, informe, quais das demais atividades abaixo descritas são realizadas nesta unidade (considerar apenas o que for realizado no próprio local desta unidade):
(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

Sinalize, dentre as opções abaixo as atividades que são oferecidas aos usuários na unidade.

- Alfabetização
 - Escolarização Formal
 - Reforço Escolar
 - Ensino do método Braille de leitura
 - Ensino de Libras
 - Atendimentos Médicos
 - Atendimento Odontológico
 - Terapia Ocupacional
 - Fisioterapia
 - Fonoaudiologia
 - Atendimento Clínico em Psicologia
 - Atividades Esportivas
 - Atividades Culturais (musicalização, entre outros)
 - Outras atividades.
- Quais? _____

Atenção! Evite abreviações e detalhe o máximo possível.

- Nenhuma das atividades acima

24. Esta Unidade oferece alimentação aos usuários? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar “Não oferta alimentação”).

Indique, de acordo com as opções abaixo, se as seguintes refeições são ofertadas aos usuários.

- Não oferta alimentação **(siga para a questão 25)**
- Lanches/Café da manhã
- Almoço
- Lanche/ Café da Tarde
- Jantar
- Lanche/Café da Noite

25. Informe o número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de Agosto de 2016, conforme o quadro abaixo:

A questão levanta o número e a faixa etária de usuários do serviço.



No público “idosos” constam na tabela duas linhas. A primeira corresponde aos idosos com deficiência e a segunda aos idosos dependentes, mas sem deficiência.



A última linha da tabela deve corresponder ao número de todos os usuários atendidos pelo serviço no mês de agosto de 2016.

BLOCO 5 – RECURSOS HUMANOS

28. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horário de cada membro da equipe desta Unidade, conforme quadros abaixo:

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			Email	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do exercício da função DD/MM/AAAA
				Número	Órgão Emissor	UF							
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
16)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											

** O número de CPF é obrigatório*

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.



Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, Sexo, Escolaridade, Profissão, Vínculo, Função e Carga Horária Semanal para cada membro da equipe, inclusive aqueles que estão em férias ou licença, indicando o número que corresponde à resposta correta para cada profissional, conforme legenda do quadro:

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função na unidade	Carga Horária
0. Sem Escolaridade 1. Ensino Fundamental Incompleto 2. Ensino Fundamental Completo 3. Ensino Médio Incompleto 4. Ensino Médio Completo 5. Ensino Superior Incompleto 6. Ensino Superior Completo 7. Especialização 8. Mestrado 9. Doutorado	1. Assistente Social 2. Psicólogo 3. Pedagogo 4. Advogado 5. Administrador 6. Antropólogo 7. Sociólogo 8. Fisioterapeuta 9. Cientista político 10. Nutricionista 11. Médico 12. Terapeuta Ocupacional 13. Economista 14. Enfermeiro 15. Analista de sistema 16. Programador 17. Outra formação de nível superior 18. Profissional de nível médio 19. Sem formação profissional	1. Comissionado 2. Servidor/Estatutário 3. Servidor Temporário 4. Empregado Público Celetista - CLT. 5. Terceirizado 6. Empregado Celetista do setor privado - CLT 7. Outro vínculo não permanente 8. Voluntário	1. Coordenador(a) 2. Técnico(a) de Nível Superior 3. Cuidador(a) 4. Auxiliar de Cuidador 5. Orientador/Educador(a)Social 6. Apoio administrativo 7. Estagiário(a) 8. Serviços Gerais 9. Outros	1. Maior que 40 horas semanais, 2. Menor que 20 horas semanais, 3. 20 horas semanais, 4. 30 horas semanais, 5. 40 horas semanais

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, Função e Carga Horária e Serviços realizado de cada trabalhador.

Para responder, considere as orientações abaixo:

Escolaridade:

Escolha o número correspondente à escolaridade de cada membro da equipe da unidade, de acordo com as opções elencadas no quadro. Para isto, considere:

0. Sem Escolaridade: Inclui trabalhadores que nunca frequentaram escola ou não concluíram nenhuma série do ensino fundamental.

1. Ensino Fundamental Incompleto: Inclui trabalhadores que frequentaram escola, mas não concluíram o ensino fundamental (antiga 8ª série).

2. Ensino Fundamental Completo: Inclui trabalhadores que concluíram o ensino fundamental (antiga 8ª série).

3. Ensino Médio Incompleto: Inclui trabalhadores que cursaram, mas não concluíram a 3ª série do Ensino Médio (ou algum outro curso técnico de nível médio)

4. Ensino Médio Completo: Inclui trabalhadores que concluíram a 3ª série do Ensino Médio (ou algum outro curso técnico de nível médio)

5. Ensino Superior Incompleto: Inclui trabalhadores que cursaram, mas não concluíram a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.

6. Ensino Superior Completo: Inclui trabalhadores que concluíram a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.

7. Especialização: Inclui trabalhadores que concluíram cursos de pós-graduação *lato sensu* em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.

8. Mestrado: Inclui trabalhadores que concluíram cursos de pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado) em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação com apresentação de Dissertação de conclusão de curso.

9. Doutorado: Inclui trabalhadores que concluíram cursos de pós-graduação *stricto sensu* (Doutorado) em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação com apresentação de Tese de conclusão de curso.



ATENÇÃO! Indicar a escolaridade de 7 a 9 somente quando tiverem concluído a especialização, mestrado ou doutorado. Caso o profissional não tenha concluído indicar o nº 6 – ensino superior completo.

Profissão:

Indique a profissão do trabalhador vinculado a unidade, considerando as opções de profissão de nível superior e nível médio, conforme a tabela abaixo:

Profissões de Nível Superior	1 – Assistente Social 2 – Psicólogo 3 – Pedagogo 4 – Advogado 5 – Administrador 6 – Antropólogo 7 – Sociólogo 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista político 10 – Nutricionista 11 – Médico 12 – Terapeuta Ocupacional 13 – Economista 14 – Enfermeiro 15 – Analista de Sistema 16 – Programador 17 – Outra formação de nível superior 18 – Profissional de nível médio 19 – Sem formação profissional
-------------------------------------	---



As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se o trabalhador possuir “Ensino Superior Completo” (código 6), “Especialização” (código 7), “Mestrado” (código 8), ou Doutorado (código 9).

O profissional de nível médio deverá possuir escolaridade “Ensino Médio Completo” (código 4) ou “Ensino Superior Incompleto” (código 5)

Tipo de Vínculo:

Indique o vínculo do trabalhador da unidade com a Administração Pública Municipal, conforme as categorias abaixo:

- 1. Comissionado:** Inclui trabalhador que possui cargo ou emprego público em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (Constituição Federal, Art. 37)
- 2. Servidor Estatutário:** Inclui o trabalhador ocupante de cargo públicos provido por concurso público, nos moldes do art. 37, II, da Constituição Federal, sendo regido por um estatuto definidor de direitos e obrigações.
- 3. Servidor Temporário:** Inclui servidor público que se sujeita ao regime jurídico especial da lei previsto no art.37, IX da Constituição Federal. Está sujeito ao regime geral de previdência social e só pode ser contratado temporariamente com o fim de atender à necessidade temporária de excepcional interesse público.
- 4. Empregado Público (CLT):** Inclui trabalhador que, mediante concurso público, presta serviços de forma pessoal e não eventual ao Estado e às entidades da Administração Pública direta ou indireta, pelo regime celetista, mediante pagamento feito pelos Cofres Públicos.
- 5. Terceirizado:** Inclui o trabalhador contratado por empresa que desempenha atividades de outra empresa (geralmente, a administração pública) de forma que não se estabeleça vínculo empregatício entre os empregados da contratada e a contratante.
- 6. Empregado Celetista do Setor Privado - CLT:** Inclui trabalhador associado à empresa/cooperativa ou qualquer outra entidade prestadora de serviços.
- 7. Outro vínculo não permanente:** inclui trabalhador que não possui vínculo permanente.
- 8. Voluntário:** Inclui a pessoa que exerce atividades na unidade, mas não possui qualquer vínculo empregatício ou recebe pagamento pelo serviço prestado.



Em caso de dúvidas sobre o Tipo de Vínculo, consultar o setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social (ou congêneres), ou ainda, a Prefeitura Municipal/Governo do Estado.

Função na unidade:

Coordenador: O coordenador deve ser um profissional de nível superior com experiência em gestão pública; domínio da legislação referente à política nacional de assistência social e direitos sociais; conhecimento dos serviços, programas, projetos e/ou benefícios socioassistenciais; experiência de coordenação de equipes, com habilidade de comunicação, de estabelecer relações e negociar conflitos; com boa capacidade de gestão, em especial para lidar com informações, planejar, monitorar e acompanhar os serviços socioassistenciais, bem como de gerenciar a rede socioassistencial local.

Técnico de nível superior: O técnico de nível superior é o profissional com formação em serviço social, psicologia e/ou outra profissão que compõe o SUAS; com experiência de atuação e/ou gestão em programas, projetos, serviços e/ou benefícios socioassistenciais; conhecimento da legislação referente à política nacional de assistência social; domínio sobre os direitos sociais; experiência de trabalho em grupos e atividades coletivas; experiência em trabalho interdisciplinar; conhecimento da realidade do território e boa capacidade relacional e de escuta das famílias.

Cuidador: Profissionais com habilidades pessoais de incorporação com facilidade de conhecimentos e orientações sobre o cotidiano com os usuários. Atuam em consonância com as diretrizes e orientações técnicas do serviço, sob a orientação da coordenação e da equipe multiprofissional e realizando atividades com os usuários a partir de estratégias metodológicas de acessibilidade, considerando a deficiência e a situação de dependência dos usuários.

Auxiliar de cuidador: Auxiliam e prestam apoio aos cuidadores da unidade. Este profissional, além de apoiar às funções do cuidador efetua atividade de organização e limpeza do ambiente e de preparação de alimentos, dentre outras atividades.

Orientador/Educador Social: Escolaridade de nível médio completo, com experiência de atuação em programas, projetos, serviços e/ou benefícios socioassistenciais; conhecimento da PNAS; noções sobre direitos humanos e sociais; sensibilidade para as questões sociais; conhecimento da realidade do território e boa capacidade relacional e de comunicação com as famílias.

Apoio Administrativo: As atividades administrativas da unidade podem ser exercidas por profissionais de nível médio, conforme explicitado acima e por profissionais de nível superior. São atividades a serem desenvolvidas por profissionais que conhecem as rotinas administrativas da unidade.

Estagiário: O estágio busca a complementação educacional em níveis superior e médio. Não é considerada pela lei uma relação jurídica de emprego.

Serviços Gerais: São as atividades rotineiras de limpeza, vigilância, copa, motorista, etc.

Outros: Outros profissionais da unidade com outras funções não classificadas nas opções anteriores.

BLOCO 6 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Identificação do agente municipal/estadual ou do Distrito Federal responsável pelas respostas declaradas no formulário

29. Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:

Devem ser preenchidos os dados: nome (de forma legível), CPF, telefone e e-mail do agente municipal/estadual ou do Distrito Federal responsável pelas respostas declaradas no formulário.

Nome: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / _____

Assinatura: _____

Cargo/Função:

Coordenador da unidade

Técnico de nível superior da unidade

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____



A questão abaixo é de Preenchimento Exclusivo do Órgão Gestor da Assistência Social

30. Considerando as atividades realizadas por esta Unidade no atendimento às pessoas com deficiência e/ou idosas com dependência, você diria que o Serviço prestado por esta Unidade:

Esta questão deve ser respondida pelo Órgão Gestor da Assistência Social, preferencialmente pelo responsável técnico da Proteção Social Especial, devendo expressar sua avaliação a respeito do grau de compatibilidade entre as atividades efetivamente realizadas pela Unidade, e o “Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias”, definido pelo SUAS. *

- É totalmente adequado às definições, princípios e diretrizes do SUAS
- Está bastante próximo das definições, princípios e diretrizes do SUAS
- Vem buscando se adequar às definições, princípios e diretrizes do SUAS, e em breve estará próximo
- Está bastante distante das definições, princípios e diretrizes do SUAS
- É totalmente divergente das definições, princípios e diretrizes do SUAS, e não pretende se adequar

*** O conteúdo desta resposta será mantido em sigilo. Serão divulgados apenas os percentuais, sem identificação individualizada das respectivas Unidades**

Identificação do agente público responsável, no Órgão Gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:

Nome: _____

CPF: _____ **Data:** ____ / ____ / _____

Cargo/Função:

Secretário Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere

Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.

Técnico da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congênere

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ **Email:** _____

Assinatura: _____

Este formulário original, após a digitação dos dados, deve permanecer arquivado na Secretaria Municipal de Assistência Social ou Secretaria Estadual de Assistência Social (ou congênere).