

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.



CENSO SUAS 2016

Questionário Centro de Convivência RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico dos Centros de Convivência deverá ser preenchido pelos municípios no período de **26 de setembro a 18 de novembro**.

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. 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. Caso o município tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento, ele deverá entrar em contato com a respectiva Secretaria Estadual ou, se necessário, contatar o MDS por meio do e-mail vigilanciasocial@mds.gov.br, ou pelos telefones 61 2030-3000/ 3001/ 3118/ 3131/ 3132, ou ainda pelo 0800 707 2003.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município. Para envio das informações ao MDS, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>. O MDS recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico.

Senha de Acesso para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2016 os responsáveis necessitarão utilizar o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, devendo possuir o perfil de acesso ao CADSUAS (cadsuas.município / cadsuas.estado). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionadas, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003.

9. Este imóvel é utilizado exclusivamente para oferta do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

Sim *(pule para a questão 12)* Não

10.No local de funcionamento desta Unidade/Serviço são prestados outros serviços/programas da Assistência Social? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não”)

- Não
 Sim, serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.
 Sim, Serviço especializado em Abordagem Social
 Sim, serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias
 Sim, Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
 Sim, Acessuas Trabalho
 Sim, Serviço de Medidas SocioEducativas (MSE)
 Sim, Cadastro Único
 Sim, Serviço de Acolhimento *(preencher a questão 11)*
 Sim, outro. Qual? _____

11.Caso esta unidade oferte Serviço de Acolhimento, o Serviço de Convivência é ofertado exclusivamente para os indivíduos acolhidos na unidade? (exclusiva para quem marcar “Serviço de Acolhimento” na questão 10)

Sim Não

12.No local de funcionamento desta Unidade/Serviço são prestados serviços/atividades de outras políticas públicas (saúde, educação, esporte, entre outros)? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não”)

- Não
 Sim, educação (creche, reforço escolar, entre outros)
 Sim, saúde (terapia ocupacional, clínica psicológica, entre outros)
 Sim, esporte (políticas específicas do esporte como “segundo tempo”, “recreio nas férias”, entre outras)
 Sim, cultura (teatro, música)
 Sim, trabalho e inclusão produtiva (cursos profissionalizantes, qualificação profissional, Jovem Aprendiz)
 Sim, outra. Qual? _____

13.O imóvel no qual funciona esta Unidade/Serviço é compartilhado?

Sim Não *(pule para a questão 15)*

14. Especifique o tipo de unidade com a qual este Centro de Convivência compartilha seu imóvel. (Admite múltiplas respostas)

- Secretaria da Assistência Social ou congênere
 Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura, etc.)
 Conselho Municipal de Assistência Social
 Conselho Tutelar
 CRAS *(Atenção! Considera-se que SCFV seja uma atividade inerente ao CRAS, não sendo necessário o preenchimento do questionário de Centro de Convivência. Não prossiga no preenchimento.)*
 CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
 Outra unidade pública de serviços da Assistência Social
 Escola
 Unidade de Saúde
 Igreja/Templo
 Associação Comunitária
 Entidades privadas /ONG
 Outros. Qual? _____

15. As atividades desenvolvidas pelo SCFV desta unidade possuem uma orientação religiosa?

Sim Não

16. Indique quais atividades abaixo são promovidas sistematicamente pela Unidade em relação ao Serviço de Convivência: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não realiza nenhuma das atividades acima")

- Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família do usuário
- Reuniões com grupos de famílias dos usuários
- Palestras
- Oficinas
- Reforço Escolar
- Atividades recreativas
- Discussão de casos com outros profissionais da rede
- Atividades com participação da Comunidade
- Não realiza nenhuma das atividades acima

17. São desenvolvidas atividades com familiares/responsáveis dos participantes dos grupos do SCFV? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não")

- Sim, por esta unidade
- Sim, pela equipe do CRAS de referência
- Sim, pela equipe do órgão gestor da Assistência Social
- Sim, por outra equipe. Qual? _____
- Não

18. Em 2016, esta unidade atendeu, no SCFV, pessoas de comunidades e/ou povos tradicionais? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não atendeu")

- Não atendeu
- Sim, Povos Indígenas.
- Sim, Comunidade Quilombola.
- Sim, Comunidade Ribeirinha.
- Sim, Povos Ciganos.
- Sim, Comunidades Extrativistas.
- Sim, outros povos e comunidades tradicionais.

19. Qual a capacidade máxima para o atendimento (número de vagas disponíveis no Serviço de Convivência) desta unidade?

Independente do número de indivíduos que estão sendo atendidos no momento, registre o número de vagas que esta Unidade tem disponível para ofertar o SCFV.

(Mês de referência: Agosto/2016) |__|__|__|__| vagas

20. Por quanto tempo, em média, o usuário participa do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (resposta única)

- menos de 6 meses
- de 6 a 11 meses
- de 12 a 18 meses
- de 19 a 24 meses
- de 25 meses a 36 meses
- mais de 36 meses

21. Descreva o espaço físico utilizado pelo SCFV nesta unidade: *(Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço)*

Salas utilizadas para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	Quantidade de Salas
Quantidade de salas com capacidade máxima para 5 pessoas	_ _ _
Quantidade de salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	_ _ _
Quantidade de salas com capacidade para 15 a 29 pessoas	_ _ _
Quantidade de salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	_ _ _
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)	_ _ _
Qtde. Total de Banheiros	_ _ _

22. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que esta unidade possui: *(Resposta única por linha).*

Condições de acessibilidade apresentadas	SIM De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	SIM Mas não está de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção da unidade	_	_	_
Rota acessível aos espaços da unidade (recepção, salas de atendimento e espaços de uso coletivo)	_	_	_
Rota acessível ao banheiro	_	_	_
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência	_	_	_

BLOCO 3 – RECURSOS HUMANOS

23. Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, email, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária de cada membro da equipe deste Centro de Convivência: *(Caso necessário, atualize no CADSUAS)*

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Exercício 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											

* O número de CPF é obrigatório.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Centro de Convivência	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. Empregado Celetista do Setor Privado 6. Terceirizado 7. Outro vínculo não permanente 8. Voluntário	1. Coordenador(a) 2. Educador(a) Social 3. Apoio administrativo 4. Estagiário(a) 5. Serviços Gerais 6. Técnico(a) de Nível Superior 7. Outro	1 – Menor que 20 horas semanais 2 – 20 horas semanais 3 – 30 horas semanais 4 – 40 horas semanais 5 – Maior que 40 horas semanais

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, à Função de cada pessoa e a carga horária.

BLOCO 4 – RESPONSÁVEL

24. Indique a forma pela qual as informações deste questionário foram coletadas: (resposta única)

- Visita do Órgão Gestor à Unidade para coletar as informações por meio de entrevista presencial
- Envio do questionário à Unidade para preenchimento e posterior devolução ao Órgão Gestor
- Coleta dos dados por meio de entrevista telefônica/email
- Outra

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela unidade:

Nome: _____

CPF: _____ **Data:** ___ / ___ / _____

Cargo/Função:

Coordenador da unidade Técnico de nível superior da unidade Outro

Telefone: (____) _____ **E-mail:** _____

Assinatura: _____

Identificação do agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:

Nome: _____

CPF: _____ **Data de Validação:** ___ / ___ / _____

Cargo/Função:

- Secretário Municipal de Assistência Social ou congêneres
- Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção básica no município.
- Técnico da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres
- Outros

Telefone: (____) _____ **E-mail:** _____

Assinatura: _____

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