

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 2015

Questionário Unidades de Acolhimento

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico das Unidades de Acolhimento (Abrigos, Casa-lares, Casas de passagem, entre outros) deverá ser preenchido pelos municípios e estados no período de **19 de outubro a 27 de novembro**.

O Órgão Gestor deverá coletar informações sobre todas as unidades que ofertam Serviços de Acolhimento vinculados à política de assistência social do município, inclusive de entidades que não possuem convênio com o poder público, mas atuam no campo da assistência. Recomenda-se que os dados sejam coletados, preferencialmente, por meio de visita às Unidades. No caso de abrigos pertencentes ao governo estadual, caberá à Secretaria Estadual coletar as informações e preencher o respectivo questionário eletrônico.

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/ 3130/ 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 2015 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 solucionados, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO

Nome da Unidade: _____

Informe o Tipo de Logradouro (rua, avenida, praça, rodovia etc.) _____

Endereço (nome da rua, da avenida etc.): _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: _____

CEP: |_|_|_|_|_|-|_|_|_|_| Município: _____ UF: _____

E-mail: _____

DDD – Telefone: |_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Ramal: |_|_|_|_| Fax: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data de Implantação da unidade: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| (dd/mm/aaaa)

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (marcação do sistema)**

Estadual Municipal

2. Indique o Público atendido nesta Unidade de Acolhimento: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)

Crianças/adolescentes Adultos e famílias em situação de rua e/ou migrantes

Jovens egressos de serviços de acolhimento Famílias desabrigadas/desalojadas

Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar

Exclusivamente para pessoas adultas com deficiência Pessoas Idosas

3. Indique o tipo de Unidade: (marcação única)

Tipo de Unidade	Definição
<input type="checkbox"/> Abrigo Institucional	Unidade Institucional que acolhe (abriga) grupos de indivíduos com vínculos familiares fragilizados ou rompidos ou famílias em situação de desabrigo, ofertando espaço de moradia, proteção integral e serviço especializado. Cada unidade destina-se ao acolhimento de um público específico (crianças e adolescentes; idosos; mulheres vítimas de violência doméstica ou familiar; população em situação de rua e/ou migrantes). Cabe destacar que alguns abrigos institucionais ainda utilizam nomenclaturas, como: orfanato, asilo, albergue, dentre outros.
<input type="checkbox"/> Casa Lar	Unidade <u>residencial</u> , com estrutura semelhante à de uma residência privada, que acolhe (abriga) <u>pequenos grupos</u> de indivíduos com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, ofertando espaço de moradia, proteção integral e serviço especializado. As casas-lares são inseridas em bairros residenciais, podendo atender crianças e adolescentes ou idosos. No caso de casa lar para crianças e adolescentes, pelo menos uma pessoa ou casal trabalha como cuidador residente (também denominados de <u>mães / pais sociais</u>), prestando cuidados a um pequeno grupo de crianças e adolescentes, em ambiente organizado de forma a se assemelhar à rotina familiar.
<input type="checkbox"/> Casa Lar em Aldeia	<u>Algumas casas lares ainda funcionam em formato de aldeia, que são várias casas lares distribuídas em um terreno comum</u> , formando uma espécie de vila. Cada casa lar é uma unidade residencial, com estrutura semelhante à de uma residência privada, que acolhe (abriga) pequenos grupos de indivíduos com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, ofertando espaço de moradia, proteção integral e serviço especializado.
<input type="checkbox"/> Casa de Passagem	Unidade Institucional que acolhe (abriga) <u>de forma imediata e emergencial</u> , a qualquer hora do dia ou da noite, indivíduos ou famílias em situação de desabrigo, enquanto se realiza um estudo diagnóstico detalhado de cada situação para os encaminhamentos necessários. A permanência, na casa de passagem, <u>geralmente é por período de curta duração</u> .

- Fornecimento de gêneros alimentícios
- Fornecimento de materiais de higiene e limpeza
- Fornecimento de materiais didáticos
- Isenção de taxas ou tributos municipais
- Treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade
- Outros

9. Esta unidade possui termo de parceria, acordo, convênio, ou qualquer outra forma de contratualização para recebimento de usuários de outros municípios?

- Sim Não *(pule para a questão 12)*

10. Caso sim, com quais municípios existe acordo/parceria para acolhimento nesta unidade *(Atenção! Utilize o nome completo dos municípios abrangidos. Não utilize abreviaturas. Marque apenas 1 município para cada linha)*

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

11. O que está incluído nesta parceria: *(admite múltipla resposta)*

- Disponibilidade de vagas para casos encaminhados por este outro município
- Recurso que será repassado por cada município
- Responsabilidade de cada município para o acompanhamento da família de origem/extensa
- Deslocamento da família de origem ou do usuário
- Outros. Qual? _____

12. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) a Unidade/Serviço possui inscrição/registro: *(admite múltipla resposta)*

- Conselho de Assistência Social
- Conselho de Direitos da Criança e Adolescente
- Conselho dos Direitos do Idoso
- Em nenhum dos citados acima

13. O Serviço de Acolhimento prestado nesta unidade possui orientação religiosa?

- Sim Não

14.1. Qual a capacidade máxima para o atendimento (número de vagas) desta unidade?

|_|_|_| vagas *(caso necessário, atualize no CADSUAS)*

14.2. Quantas pessoas estão acolhidas na unidade neste momento (vagas ocupadas)? |_|_|_| pessoas

ATENÇÃO

As questões 14.2.1 e 14.2.2 se aplicam EXCLUSIVAMENTE para as Unidades de Acolhimento de Crianças/adolescentes

14.2.1. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes desta unidade retornaram às suas famílias de origem? *(Apenas para as Unidades de Acolhimento para Crianças/adolescentes e Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência – Questão 2)*

|_|_|_| crianças/ adolescentes |_|_| Não Sabe

14.2.2. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes desta unidade foram encaminhadas à famílias substitutas??
(Apenas para as Unidades de Acolhimento para Crianças/adolescentes e Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência – Questão 2)

crianças/ adolescentes, mediante REINTEGRAÇÃO Não Sabe
 crianças/ adolescentes, mediante ADOÇÃO Não Sabe

15. Informe o sexo e faixa etária das pessoas que estão acolhidas na Unidade neste momento: *(Se não tiver, marcar 0) Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão anterior!*

Sexo	Quantidade de pessoas acolhidas, segundo as Faixas Etárias (anos de idade)										Total
	0 a 2	3 a 5	6 a 11	12 a 13	14 a 15	16 a 17	18 a 21	22 a 59	60 a 79	80 ou mais	
Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Feminino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

16. Qual o número máximo de pessoas (usuários) dormindo em um mesmo dormitório?

pessoas

17. Das pessoas atualmente acolhidas nesta unidade, quantas delas vieram encaminhadas de outro município?

Quantidade de pessoas que vieram encaminhadas de outro município Não sabe informar

18. Indique se entre os usuários acolhidos nesta unidade existem idosos ou pessoas com deficiência que sejam beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC? Caso não haja beneficiários do BPC entre as pessoas desta Unidade, informe o valor “zero”. *(Se não tiver, marcar 0)*

Quantidade de Idosos beneficiários do BPC

Quantidade de Pessoas com Deficiência beneficiárias do BPC

19. A unidade possui critérios de sexo para admissão dos usuários? *(marcação única)*

Sim, apenas sexo Masculino Sim, apenas sexo Feminino Não possui critério de sexo para admissão

20. Em relação aos critérios de Idade para admissão dos usuários, informe:

Qual a Idade mínima para admissão: anos Não há idade mínima para admissão

Qual a Idade máxima para admissão: anos Não há idade máxima para admissão

21. Independentemente da existência de critérios de sexo e idade, a Unidade acolhe grupo de usuários com vínculos de parentesco? *(marcação única)*

Sim, sempre que há demanda

Algumas vezes

Não acolhe

22. Das pessoas que estão, atualmente nesta Unidade, informe o tempo que estão acolhidas: *(Se não tiver, marcar 0)*

Qtd de pessoas	Pessoas acolhidas, segundo o tempo que estão na Unidade								Total de Pessoas Acolhidas
	Menos de 1 Mês	De 1 a 3 meses	De 4 a 6 meses	De 7 a 12 meses	De 13 a 24 meses	De 25 a 48 meses	De 49 a 72 meses	Mais de 72 meses (mais de 6 anos)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

23. Entre as pessoas que estão acolhidas hoje nesta unidade, quantas possuem alguma das características abaixo? *(Se não tiver, marcar 0)*

Especificidade	Quantidade	A Unidade aceita receber pessoas com estas características	
Deficiência física	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Deficiência sensorial	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Deficiência intelectual (Deficiência mental)	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Doença Mental (Transtorno Mental)	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dependência de álcool ou outras drogas	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Doentes Crônicos (HIV/AIDS, Câncer, etc.)	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Trajetória de rua	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Idosos ou pessoas com deficiência que requeiram assistência em todas as atividades de auto-cuidado para a vida diária e/ou comprometimento cognitivo (Dependência Grau III)	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Refugiado / Imigrante (pessoas de outro país)	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Pessoas vítimas de calamidade ou situação de emergência	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Pessoas vítimas de tráfico de seres humanos	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Deficiência múltipla	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Indígenas	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Travesti, Transexual, transgênero	/ / /	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

24. A unidade possui Projeto Político Pedagógico – PPP?

Sim Não

25. A unidade possui Prontuário de atendimento?

Sim Não

26. A unidade faz Plano Individual de Atendimento (PIA) de cada pessoa acolhida?

Sim Não *(pule para a questão 28)*

27. Quais informações constam do Plano Individual de Atendimento (PIA)? *(admita múltipla resposta)*

- Dados pessoais do acolhido
- Motivo do acolhimento
- Situação escolar
- Informações sobre a saúde do acolhido
- Informações sobre os acolhimentos (institucional ou familiar) anteriores
- Encaminhamento para a rede socioassistencial e outras Políticas Públicas
- Comunicação com o Sistema de Justiça / Órgãos de Defesa de Direito
- Dados socioeconômicos da família de origem/ responsável
- Acompanhamento da família de origem
- Registro da existência de vínculos comunitários
- Informações sobre vínculos familiares
- Registro das potencialidades dos usuários do Serviço
- Informações sobre a participação da família de origem/ responsável durante o acolhimento
- Informações sobre a participação em curso/capacitação/profissionalização/inserção profissional
- Inclusão na prática de esporte, cultura e lazer
- Plano de Ação com acolhido
- Plano de Ação com a família de origem/ responsável do acolhido
- Reavaliação do PIA

28. Com que frequência são permitidas visitas de familiares às pessoas acolhidas na Unidade? *(marcação única)*

- Não é permitido receber visitas na Unidade
- Diariamente
- De 3 a 6 dias na semana
- De 1 a 2 dias na semana
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Apenas em algumas datas específicas do ano

29. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pela Unidade: *(admite múltipla resposta)*

- Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família do usuário
- Reuniões com grupos de famílias dos usuários
- Atendimento psicossocial individualizado
- Atendimento psicossocial em grupos
- Atendimento psicossocial das famílias das pessoas acolhidas (orientação familiar)
- Palestras / oficinas
- Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em acompanhamento
- Discussão de casos com outros profissionais da rede
- Encaminhamento para retirada de documentos
- Passeios com usuários
- Promove atividades com participação da Comunidade
- Promove a participação das pessoas acolhidas em serviços, projetos ou atividades existentes na comunidade
- Envio de relatório semestral para o Judiciário *(exclusivo para acolhimento de criança/adolescente)*
- Acompanhamento escolar
- Organização e discussão das rotinas das Unidades com os acolhidos
- Não realiza nenhuma das atividades acima
- Promove contato e a participação da família na vida do usuário

30. Quem realiza o acompanhamento dos usuários após o seu desligamento da Unidade de Acolhimento? *(admite múltipla resposta)*

- A própria unidade/serviço de acolhimento
- O CREAS
- Não sabe informar *(pule para a questão 32)*
- O CRAS
- Outro
- Não é realizado acompanhamento de egressos *(pule para a questão 32)*

31. Por quanto tempo, em média, o usuário é acompanhado após seu desligamento?

- menos de 3 meses
- de 3 a 5 meses
- 6 meses
- de 7 a 12 meses
- mais de 1 ano

32. Assinale quais dos órgãos abaixo realizaram visita, inspeção ou supervisão a esta Unidade nos últimos 12 meses: *(admite múltipla resposta)*

- Secretaria de Assistência Social
- Poder Judiciário
- Ministério Público
- Defensoria Pública
- Conselho Tutelar
- Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente
- Conselho do Idoso
- Conselho da Pessoa com Deficiência
- Conselho de Assistência Social
- Vigilância Sanitária
- Corpo de Bombeiros
- Nenhum dos órgãos acima

33. Qual o tipo de articulação que esta unidade/instituição possui com estes órgãos: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar 'não tem nenhuma articulação' ou 'serviço ou instituição não existente no Município')*

Órgãos, Serviços ou instituições com os quais mantém articulação	Tipo de Articulação								Não tem nenhuma articulação	Serviço ou instituição não existente no Município
	Possui dados da localização (endereço, telefone etc.)	Recebe usuários encaminhados por esta Unidade	Encaminha usuários para esta Unidade	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca Informações	Realiza estudos de caso em conjunto	Desenvolve atividades em parceria		
Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poder Judiciário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ministério Público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defensoria Pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secretaria Municipal, Estadual ou do DF de Assistência Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras Unidades de Acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidades Educacionais (creches/escolas/universidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Órgãos/Serviços/Programas relacionados a Trabalho e Emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secretarias de Assistência Social de outros municípios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICA E ÁREA DE LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE

34. Indique se a Unidade esta localizada em: *(marcação única)*

Área urbana Área rural

35. Considerando a “vizinhança” da Unidade, a área onde ela está localizada caracteriza-se como: *(marcação única)*

Área residencial
 Área comercial/industrial
 Área isolada
 Área mista – Residencial e Comercial/Industrial

36. O local onde funciona a Unidade é servido por transporte público (ônibus/trem/metrô/barcas)? *(marcação única)*

Sim, com ponto de transporte localizado a menos de 1000 metros de distância da Unidade (ou quinze minutos de caminhada)
 Sim, com ponto de transporte localizado entre 1000 e 2000 metros de distância da Unidade (ou até 30 minutos de caminhada)
 Não possui ponto de transporte público nas proximidades (ou exige caminhada superior a 30 minutos)

37. Situação do imóvel onde funciona a Unidade: (marcação única)

Próprio Alugado Cedido

38. Esta unidade possui: (múltipla resposta)

alvará de funcionamento
 atestado de vigilância sanitária
 auto de vistoria do corpo de bombeiro
 não possui nenhum dos anteriores

39. Descreva o espaço físico da Unidade utilizando os quadros abaixo.

Atenção! Cada espaço/cômodo deve ser contado uma única vez! Caso o mesmo espaço/cômodo seja utilizado para mais de uma finalidade (por exemplo: Sala de Administração e Sala de Reuniões), você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal. (Se não tiver, marcar 0)

Espaços/Cômodos	Quantidade
Sala de Administração	_ _
Sala para reuniões	_ _
Sala para atendimento técnico especializado (psicólogo, assistente social, etc.)	_ _
Sala de estar, de convivência ou de outras atividades de grupo	_ _
Dormitórios para os Usuários acolhidos	_ _
Dormitórios para os Cuidadores	_ _
Banheiros para os Usuários acolhidos	_ _
Banheiros exclusivos para Funcionários	_ _

Espaços	Possui?	
	SIM	NÃO
Área de recreação interna	_	_
Área de recreação externa	_	_
Refeitório/Sala de Jantar	_	_
Cozinha para preparo de alimentos	_	_
Dispensa	_	_
Lavanderia	_	_
Enfermaria	_	_

40. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, e em perfeito funcionamento, nesta Unidade: (admite múltipla resposta)

<input type="checkbox"/> Geladeira	<input type="checkbox"/> Jogos educativos, jogos de passatempo, brinquedos
<input type="checkbox"/> Freezer	<input type="checkbox"/> Mesas para estudo
<input type="checkbox"/> Fogão	<input type="checkbox"/> Mesas de Jantar
<input type="checkbox"/> Forno/microondas	<input type="checkbox"/> Camas/berços. Quantas? _ _ _
<input type="checkbox"/> Máquina de lavar	<input type="checkbox"/> Armários para guarda individualizada de pertences. Quantos? _ _ _
<input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo	<input type="checkbox"/> Armários de uso coletivo dos usuários
<input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado	<input type="checkbox"/> Telefone
<input type="checkbox"/> Mobiliário específico para atender crianças	<input type="checkbox"/> Fax
<input type="checkbox"/> Mobiliário/materiais adequados para pessoas com deficiência ou dependência (Tecnologias Assistivas)	<input type="checkbox"/> Impressora
<input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico (livros)	<input type="checkbox"/> Equipamento de som
<input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos e culturais	<input type="checkbox"/> DVD/Vídeo Cassete
<input type="checkbox"/> Materiais esportivos	<input type="checkbox"/> TV a cabo
	<input type="checkbox"/> Televisão Quantas? _ _ _

41. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existentes nesta Unidade:

Quantidade total de computadores na Unidade	_ _
Destes, quantos estão conectados à internet	_ _
Quantidade de computadores para utilização pelos usuários	_ _
Destes, quantos estão conectados à internet	_ _

42. Descreva as condições de acessibilidade da Unidade, conforme o quadro abaixo:

Condições de acessibilidade	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 o interior da Unidade	_	_	_
Rota acessível aos dormitórios e espaços de uso coletivo	_	_	_
Rota acessível ao banheiro	_	_	_
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida	_	_	_

43. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade nesta unidade? (admite múltipla resposta)

- Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS
- Sim, suporte de material em braille.
- Sim, suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual .
- Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados para pessoas com deficiência visual
- Não há outras adaptações.

BLOCO 4 – RECURSOS HUMANOS

44. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, e carga horária semanal 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			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga Horária	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
				Número	Órgão Emissor	UF						
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função	Caga Horária
0. Sem Escolaridade 1. Fundamental Incompleto 2. Fundamental Completo 3. Médio Incompleto 4. Médio Completo 5. Superior Incompleto 6. 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. Empregado Celetista do Setor Privado 2. Terceirizado 3. Outro vínculo não permanente 4. Trabalhador de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviço 5. Voluntário 6. Sem vínculo 7. Servidor/Estatutário 8. Servidor Temporário	1. Coordenador(a) 2. Técnico(a) de Nível Superior 3. Cuidador(a) 4. Cuidador(a) Residente 5. Auxiliar de cuidador(a) 6. Educador(a) Social 7. Apoio Administrativo 8. Estagiário 9. Cozinheiro(a) 10. Motorista 11. Serviços Gerais 99. 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

ATENÇÃO! As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se o trabalhador for classificado na variável 'Escolaridade' em algum item a partir da opção 04, ou seja, Ensino Superior Completo, Especialização, Mestrado ou Doutorado.

45. 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
 Outra

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

Nome: _____
CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____
Cargo/Função: Diretor/Coordenador da Unidade Técnico de Nível Superior da Unidade Outro
Telefone: (____) _____ E-mail: _____

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

Nome: _____
CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____
Cargo/Função:
 Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção especial no município/Estado
 Secretário Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere
 Técnico da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere
 Outros
Telefone: (____) _____ E-mail: _____

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