

**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 Unidades de Acolhimento**

**RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

O questionário eletrônico das Unidades de Acolhimento (Abrigos, Casas-lares, Casas de passagem, entre outros) deverá ser preenchido pelos municípios e estados no período de **10 de outubro a 2 de dezembro**.

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](mailto: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****CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS**

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 e a tipo de Unidade: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)**

Público Atendido	Tipo de Unidade (Modalidade)
<input type="checkbox"/> Crianças/adolescentes	<input type="checkbox"/> Abrigo institucional <input type="checkbox"/> Casa-lar <input type="checkbox"/> Família Acolhedora <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Jovens egressos de serviços de acolhimento	<input type="checkbox"/> República para jovens <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência	<input type="checkbox"/> Abrigo institucional <input type="checkbox"/> Casa-lar <input type="checkbox"/> Família Acolhedora <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Exclusivamente para pessoas adultas com deficiência	<input type="checkbox"/> Abrigo Institucional <input type="checkbox"/> Residência Inclusiva <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Adultos e famílias	<input type="checkbox"/> Abrigo institucional/Casa de passagem para população de rua <input type="checkbox"/> República para adultos em processo de saída das ruas <input type="checkbox"/> Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiados <input type="checkbox"/> Abrigo para famílias desabrigadas/desalojadas vítimas de desastres <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	<input type="checkbox"/> Abrigo Institucional <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Pessoas Idosas	<input type="checkbox"/> Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI) <input type="checkbox"/> Casa-lar <input type="checkbox"/> República <input type="checkbox"/> Outros

**2.1. Caso tenha marcado “Outros” no tipo de unidade (modalidade). Informe qual?**

3. Esta Unidade é uma “Casa Lar em Aldeia”? Caso sim, informe quantas Casas Lares há na “Aldeia”.  
(somente responder esta questão se marcar “Casa Lar” na questão 2)

Sim. Quantidade de Casas Lares na Aldeia:   
 Não

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

Governamental (pule para questão 8)  
 Não Governamental.

5. Em caso de Entidade Não Governamental, indique o CNPJ:   
(caso necessário, atualize no CADSUAS)

6. A entidade recebe recursos do poder público visando à manutenção do Serviço de Acolhimento?

Sim, municipal  
 Sim, estadual  
 Sim, municipal e estadual  
 Não

7. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público? 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)

Não recebe nenhuma outra forma de apoio do poder público (pule para a questão 8)  
 Cessão de recursos humanos  
 Cessão imobiliária  
 Pagamento de aluguel  
 Pagamento de contas de água  
 Pagamento de contas de luz ou telefone  
 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

#### ATENÇÃO!

As questões 8 a 12 se aplicam EXCLUSIVAMENTE para as Unidades de Acolhimento que se identificam como Família Acolhedora na questão 2.

8. Caso seja Família Acolhedora, este Serviço é regulamentado por lei municipal? (somente responder esta questão se marcar “Família Acolhedora” na questão 2)

Sim  Não

9. Em que ano este Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora foi implantado? (somente responder esta questão se marcar “Família Acolhedora” na questão 2)

10. Existe repasse de subsídio financeiro para as famílias acolhedoras deste serviço? (somente responder esta questão se marcar “Família Acolhedora” na questão 2)

Sim  Não

11. Atualmente, quantas famílias aptas a receber as crianças/adolescentes com medidas protetivas estão cadastradas neste Serviço? (somente responder esta questão se marcar “Família Acolhedora” na questão 2)

12. Atualmente, quantas crianças/adolescentes estão sendo acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora? (somente responder esta questão se marcar “Família Acolhedora” na questão 2)

13. 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 16)*

14. 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)

15. 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? \_\_\_\_\_

16. 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

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

Sim  Não

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

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

19. Quantas pessoas estão acolhidas na unidade neste momento (vagas ocupadas)?

|\_|\_|\_| pessoas

#### ATENÇÃO!

As questões 20 e 21 se aplicam EXCLUSIVAMENTE para as Unidades de Acolhimento de Crianças/adolescentes na questão 2. *(Crianças/adolescentes e Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência)*

20. 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

21. 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

22. 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	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ _
Feminino	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ _

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

|\_|\_|\_| pessoas

24. 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

25. 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

26. 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

27. 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

28. 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)	
	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ _

29. 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/ sensorial/ intelectual)	_ _	_  Sim	_  Não
Doença Mental (Transtorno Mental)	_ _	_  Sim	_  Não
Refugiado / Imigrante (pessoas de outro país)	_ _	_  Sim	_  Não
Indígenas	_ _	_  Sim	_  Não
Travesti, Transexual, Transgênero	_ _	_  Sim	_  Não

30. A unidade possui Prontuário de atendimento?

|\_| Sim      |\_| Não

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

|\_| Sim      |\_| Não

**32. 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

**33. 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 contato e a participação da família na vida do usuário  
 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

**34. 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 36*)  
 O CRAS  
 Outro  
 Não é realizado acompanhamento de egressos (*pule para a questão 36*)

**35. 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

**36. 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"/>
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"/>

**BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICA E ÁREA DE LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE****37. Considerando a “vizinhança” da Unidade, a área onde ela está localizada caracteriza-se como:**

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

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

- 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)

**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	_	_
Despensa	_	_
Lavanderia	_	_
Enfermaria	_	_

**40. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, e em perfeito funcionamento, nesta Unidade:**

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

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

Condições de acessibilidade	SIM	SIM	Não possui
	De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	Mas, não estão de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	
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	_	_	_

**BLOCO 4 – RECURSOS HUMANOS**

**42. 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	Email	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	Carga Horária
0. Sem Escolaridade	1. Assistente Social	1. Empregado Celetista do Setor Privado	1. Coordenador(a)	1. Menor que 20 horas semanais
1. Fundamental Incompleto	2. Psicólogo	2. Terceirizado	2. Técnico(a) de Nível Superior	2. 20 horas semanais
2. Fundamental Completo	3. Pedagogo	3. Outro vínculo não permanente	3. Cuidador(a)	3. 30 horas semanais
3. Médio Incompleto	4. Advogado	4. Trabalhador de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviço	4. Cuidador(a) Residente	4. 40 horas semanais
4. Médio Completo	5. Administrador	5. Voluntário	5. Auxiliar de cuidador(a)	5. Maior que 40 horas semanais
5. Superior Incompleto	6. Antropólogo	6. Sem vínculo	6. Educador(a) Social	
6. Superior Completo	7. Sociólogo	7. Servidor/Estatutário	7. Apoio Administrativo	
7. Especialização	8. Fisioterapeuta	8. Servidor Temporário	8. Estagiário	
8. Mestrado	9. Cientista político	9. Empregado Público Celetista ( <i>marque esta opção, somente se a unidade for governamental</i> )	9. Cozinheiro(a)	
9. Doutorado	10. Nutricionista		10. Motorista	
	11. Médico		11. Serviços Gerais	
	12. Terapeuta Ocupacional		99. Outro	
	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			

**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.

**43. 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

**44. 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: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**45. 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: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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