

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 Centros 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 **05 de outubro a 20 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 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 solucionadas, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome que identifica a unidade: _____

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

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____

Município: (Seleção)

UF: (Seleção)

E-mail: _____

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

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

Data de Implantação da unidade: |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|.

1. Localização: Urbano Central Rural
 Urbano Periférico2. Natureza da unidade: () Governamental - *(pule para questão 6)* () Não Governamental

2.1. CNPJ: _____

3. A entidade possui Convênio com o poder público municipal para repasse de recursos financeiros, visando à manutenção do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

 Sim Não4. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público municipal? Caso sim indique quais: *(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 municipal Cessão de recursos humanos Cessão imobiliária Pagamento de aluguel Pagamento de contas de água Pagamento de contas de luz e/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. Quais? _____

5. A entidade participou da realização de edital/chamamento público pelo poder público municipal para prestação do SCFV ?

 Sim Não

6. Informe o horário de funcionamento do SCFV na unidade: |_|_| dias por semana |_|_| horas por dia

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA DISPONÍVEL PARA O SCFV NA UNIDADE7. Situação do imóvel onde se localiza a Unidade/Serviço: *(Resposta única)* Próprio Cedido Alugado Outro

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

Sim (*pule para a questão 11*) Não

9. 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)
 Cadastro Único
 Sim, Serviço de Acolhimento (*preencher a questão 10*)
 Sim, outro. Qual? _____

10. Caso esta unidade oferte serviço de acolhimento, o serviço de convivência é ofertado exclusivamente para os indivíduos acolhidos na unidade?

Sim Não

11. 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? _____

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

Sim Não (*pule para a questão 15*)

13. 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, caso o SCFV seja prestado no espaço físico do CRAS ele deve ser informado apenas no questionário do CRAS; portanto, não prossiga no preenchimento deste questionário.*)
 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? _____

14. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre o Centro de Convivência e a outra Unidade. (*Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção*)

- Apenas o endereço é o mesmo, mas todos os espaços do Centro de Convivência são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada
- Entrada / Porta de Acesso
- Recepção
- Cozinha
- Algumas salas de atendimento coletivo
- Todas as salas de atendimento coletivo
- Salas administrativas
- Banheiros
- Área Externa
- Almojarifado ou similar

15. 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	_ _	
Demais Ambientes	Possui?	
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cozinha/Copa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Refeitório	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Espaço externo para atividades de convívio ou recreação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Piscina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quadra esportiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Almojarifado ou similar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

16. 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	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento do SCFV nesta unidade: (Admite múltiplas respostas).

- Telefone uso exclusivo
- Telefone uso compartilhado
- Impressora
- Televisão (TV)
- Equipamento de som
- DVD/Vídeo Cassete
- Datashow
- Câmera Fotográfica

- Filmadora
- Veículo de uso exclusivo
- Veículo de uso compartilhado
- Acervo bibliográfico
- Brinquedoteca
- Brinquedos
- Materiais pedagógicos, culturais e esportivos

18. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente nesta unidade:

Quantidade total de computadores na unidade:	_ _
Destes, quantos estão conectados à internet?	_ _

19. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente para utilização pelos usuários desta unidade:

Quantidade de computadores para utilização pelos usuários:	_ _
Destes, quantos estão conectados à internet?	_ _

BLOCO 3 – SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

20. Indique as faixas etárias para as quais é ofertado o SCFV nesta Unidade: (Mês de referência: Agosto/2015)

Serviço executado diretamente pela unidade	Oferta o Serviço
Crianças de 0 a 6 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Jovens de 15 a 17 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adultos de 18 a 29 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adultos de 30 a 59 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idosos (60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

21. Qual a capacidade máxima para o atendimento (número de vagas no Serviço de Convivência) desta unidade? (Mês de referência: Agosto/2015) |_|_|_| vagas

22. Quantidade total de grupos ativos do SCFV nesta unidade ? (Mês de referência: Agosto/2015) |_|_|_| grupos.

23. A unidade possui critérios de sexo para admissão dos usuários? (resposta única)

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

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

- menos de 3 meses
- de 3 a 6 meses
- 7 meses a 1 ano
- de 1 ano a 2 anos
- mais de 2 anos

25. 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

26. Esta unidade está referenciada a um Centro de Referência de Assistência Social?

- Sim. Qual? IDCRAS
- Não

27. 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 *(pule para a questão 29)*

28. Quais atividades são realizadas com familiares/responsáveis dos participantes dos grupos do SCFV nesta unidade? (Admite múltiplas respostas)

- atendimentos coletivos periódicos
- atendimentos coletivos eventuais (palestra, reunião, grupo eventual)
- atendimentos individualizados periódicos
- atendimentos individualizados eventuais

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

- Sim
- Não

30. Em 2014, esta unidade atendeu, no SCFV, pessoas de comunidades e/ou povos tradicionais? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não atendeu")

- Não atendeu *(siga para a questão 31)*
- Sim, Povos Indígenas.
- Sim, Comunidade Quilombola.
- Sim, Comunidade Ribeirinha.
- Sim, Povos Ciganos.
- Sim, Comunidades Extrativistas.
- Sim, outros povos e comunidades tradicionais.

Bloco 4 – RECURSOS HUMANOS

31. Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária de cada membro da equipe deste Centro de Convivência:

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			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					<input type="checkbox"/>					
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					

* 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 – Assistente Social	1. Comissionado	1. Coordenador(a)	1 – Menor que 20 horas semanais
1 – Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicólogo	2. Servidor Estatutário	2. Educador(a) Social	
2 – Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagogo	3. Servidor Temporário	3. Apoio administrativo	2 – 20 horas semanais
3 – Ensino Médio Incompleto	4 – Advogado	4. Empregado Público	4. Estagiário(a)	3 – 30 horas semanais
4 – Ensino Médio Completo	5 – Administrador	Celetista - CLT	5. Serviços Gerais	4 – 40 horas semanais
5 – Ensino Superior Incompleto	6 – Antropólogo	5. Empregado Celetista do Setor Privado	6. Técnico(a) de Nível Superior	5 – Maior que 40 horas semanais
6 – Ensino Superior Completo	7 – Sociólogo	6. Terceirizado	7. Outro	
7 – Especialização	8 – Fisioterapeuta	7. Outro vínculo não permanente		
8 – Mestrado	9 – Cientista político	8. Voluntário		
9 – Doutorado	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			

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

BLOCO 5 – RESPONSÁVEL

32. 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: (____) _____ Email: _____

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: (____) _____ Email: _____

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