

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 Centro POP

Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico do Centro POP deverá ser preenchido pelos municípios no período de **17 de setembro a 13 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 solucionados, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS

Atenção! Os Centros Especializados da Assistência Social para Pessoas em Situação de Rua devem ser cadastrados no CADSUAS.

Nome que identifica o Centro POP: _____

Selecione/Indique o Tipo de Logradouro (Avenida, Rua, Praça, etc.): _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: _____

CEP: _____ Município: _____ UF: _____

E-mail: _____

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

Data de Implantação do Centro POP: |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_|_| (dd/mm/aaaa)

1. Horário de funcionamento:

1.1 |__|_| dias por semana

1.2 |__|_| horas por dia

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA

2. Situação do imóvel onde se localiza a Unidade: *(Resposta única)*

- próprio
 alugado
 cedido

3. O imóvel de funcionamento desta Unidade é compartilhado?

Sim Não *(pule para a questão 6)*

4. Especifique o tipo de unidade com a qual este Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua compartilha o imóvel. *(Admite múltiplas respostas)*

- Secretaria de Assistência Social ou congênera
 Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura etc.)
 Conselho Municipal de Assistência Social
 CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
 CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
 Unidade de Acolhimento institucional (Abrigo)
 Outra unidade pública de serviços da Assistência Social
 ONG/Entidade/Associação Comunitária
 Outros. Qual? _____

5. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua 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 Referência para População em Situação de Rua são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada *(siga para a questão 6)*

Entrada / Porta de Acesso

Recepção

Algumas salas de atendimento

Todas as salas de atendimento

Salas administrativas

Espaço para atividades coletivas

Banheiros

Copa/cozinha

Área Externa

Almojarifado ou similar

Refeitório

Lavanderia

Espaço para guarda de pertences

Outros

6. Descreva o espaço físico deste Centro de Referência para População em Situação de Rua: (Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço. No caso de não possuir, inserir o valor "0").

Salas utilizadas para Atendimento Individual ou Coletivo	Quantidade de Salas
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	_ _ _
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	_ _ _
Quantidade de Salas com capacidade de 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!)	_ _ _
Banheiro de uso exclusivo dos trabalhadores do Centro POP	_ _ _
Banheiro para uso dos usuários do Centro POP	_ _ _
Espaço para higiene pessoal (Box com chuveiros individualizados)	_ _ _
Demais Ambientes	Possui?
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cozinha/Copa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Almojarifado ou similar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço externo para atividades coletivas e/ou comunitárias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Refeitório	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Lavanderia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço para guarda de pertences	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço para animais de estimação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

7. 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	SIM, Mas não estão de acordo com a Norma da ABNT	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção da Unidade	_	_	_
Rota acessível aos principais espaços da Unidade (recepção, sala de atendimentos e espaço(s) para atividades coletivas)	_	_	_
Rota acessível ao banheiro	_	_	_
Banheiro adaptado para pessoas com dificuldades de locomoção	_	_	_

8. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos Serviços deste Centro, informando se é permitido acesso dos usuários aos mesmos.

Equipamento	Equipamento ou material disponível na Unidade	Caso sim, indique se está disponível aos usuários
Telefone	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Impressora	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Máquina Copiadora	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Televisão (TV)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Equipamento de som	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DVD/Vídeo Cassete	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Filmadora	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Datashow	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Máquina Fotográfica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Livros	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Materiais socioeducativos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Armários individualizados para guarda de pertences	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Artigos de higiene pessoal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Geladeira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Freezer	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Fogão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Micro-ondas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Máquina de lavar roupa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Secadora de roupa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tanque de lavar roupas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Veículo de uso exclusivo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Veículo de uso compartilhado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

9. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente neste Centro: **(Atenção! Informar 0 (zero) se não tiver computador que se enquadre em alguma das respostas a seguir.)**

Quantidade total de computadores na Unidade:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Destes, quantos estão conectados à internet?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Quantidade de computadores para utilização pelos usuários:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Destes, quantos estão conectados à internet?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

10. Este Centro de Referência para População em Situação de Rua facilita o acesso ou oferece alimentação aos usuários?

Sim Não **(pule para a questão 12)**

11. Indique abaixo as refeições que são oferecidas aos usuários deste Centro POP e o local de oferta: **(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não")**

	É ofertada a refeição?	Em qual local?		
		Restaurante Popular	Em outra unidade pública ou privada	No espaço deste Centro POP
Lanche/Café da Manhã	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Almoço	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanche/Café da Tarde	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jantar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanche/Café da Noite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Esta Unidade possui placa de identificação? (resposta única).

- Sim, conforme modelo padronizado pelo MDS
 Sim, com o nome "Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua"
 Sim, sem o nome "Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua"
 Não possui

BLOCO 3 – Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

13. Indique as ações e atividades desenvolvidas pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua nesta Unidade: *(admite múltiplas respostas).*

- Acolhida em Grupo realizada por profissional de nível superior
- Acolhida Particularizada realizada por técnico de nível superior
- Atendimento particularizado de famílias ou indivíduos
- Orientação sociojurídica
- Apoio para obtenção de Documentação pessoal
- Orientação/acompanhamento para inserção no BPC
- Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar
- Ações de mobilização e participação social
- Mobilização de família extensa ou ampliada
- Mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial
- Encaminhamento de usuários/dependentes de substâncias psicoativas para serviços da rede de saúde
- Encaminhamento para outros serviços da rede de saúde
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para políticas de educação (jovens e adultos, etc.)
- Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Poder Judiciário, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para demais políticas (trabalho, habitação, etc)
- Acompanhamento dos usuários encaminhados para rede
- Registro das informações em prontuário
- Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em atendimento
- Estudo de Caso/Discussão de casos em equipe
- Avaliação para concessão de aluguel social
- Palestras
- Outras. Quais? _____

14. Este Centro realiza oficinas/atividades em grupo com temas transversais no âmbito do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua nesta Unidade? *(resposta única).*

- Sim, com periodicidade programada
- Sim, sem periodicidade programada
- Não *(pule para a questão 16)*

15. Caso sim, indique abaixo os temas que são regularmente abordados nestas oficinas/atividades em grupo: *(admite múltiplas respostas).*

- Saúde (prevenção a DST, uso abusivo de substâncias psicoativas, etc.)
- Direitos e programas sociais
- Segurança alimentar e nutricional
- Promoção dos direitos das mulheres, questões de gênero
- Orientação sexual
- Diversidade étnico-racial
- Inclusão digital
- Exibição/debates de filmes/documentários
- Arte/cultura (dança, teatro, música, etc.)
- Participação dos usuários em espaços democráticos, como conselhos e outros
- Organização dos usuários em associações e comitês
- Outros

16. Em relação ao acesso ao mercado de trabalho, indique abaixo as ações/iniciativas deste Centro: *(admite múltiplas respostas).*

- Encaminhamento para capacitação profissional/curso profissionalizante
- Cessão de espaço físico para realização de cursos de capacitação profissional ofertados por outras instituições
- Cadastramento para participação em programas de qualificação profissional
- Encaminhamento para programas de geração de trabalho e renda
- Assessoramento para formação de cooperativas ou associações (unidades produtivas)
- Informações atualizadas sobre vagas disponíveis no mercado de trabalho
- Outros

17. Indique a quantidade total de pessoas em situação de rua atendidas no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua nesta Unidade no ano de 2014:

Total de pessoas em situação de rua atendidas no Serviço no ano de 2014	Quantidade
Quantidade total de pessoas em situação de rua atendidas no Serviço no ano de 2014	_ _ _ _ () Não Sabe

Atenção!

A questão 18 corresponde ao Bloco I do Registro Mensal de Atendimentos do Centro POP (instituído pela Resolução CIT nº 04/2011, alterada pela Resolução nº 20/2013). **Caso a Unidade já tenha preenchido o Registro correspondente ao mês de agosto/2015 as informações serão automaticamente migradas para o questionário do Censo SUAS.** Caso o mês de agosto ainda não tenha sido preenchido, o digitador será redirecionado para o sistema de preenchimento do Registro e, **deverá efetuar o preenchimento integral do Registro Mensal de Atendimentos do Centro POP**, incluindo questões não pesquisadas no Censo SUAS.

18. Indique a quantidade de pessoas em situação de rua atendidas no Serviço durante o mês de referência (Agosto/2015)

A. Pessoas em situação de rua atendidas no Serviço durante o mês de referência	Total	Sexo	0 a 12 anos	13 a 17 anos	18 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos ou mais
A.1. Quantidade e perfil das pessoas em situação de rua atendidas no mês de referência	_ _ _ _	Masculino	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
		Feminino	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _

BLOCO 4 – Serviço Especializado em Abordagem Social

19. Este Centro POP realiza o Serviço Especializado em Abordagem Social? *(resposta única).*

- Sim, com equipe exclusiva para Abordagem
- Sim, sem equipe exclusiva para Abordagem.
- Não realiza com a equipe deste Centro POP, mas no município existe Serviço de Abordagem referenciado a este Centro POP *(pule para a questão 25).*
- Não realiza, nem possui Serviço de Abordagem referenciado a este Centro POP *(pule para a questão 25)*

20. Quais as atividades realizadas pelo Serviço Especializado em Abordagem Social? *(admite múltiplas respostas).*

- Conhecimento do território
- Informação, comunicação e defesa de direitos;
- Escuta; orientação e encaminhamentos sobre/para a rede de serviços locais com resolutividade;
- Articulação da rede de serviços socioassistenciais;
- Articulação com os serviços de políticas públicas setoriais;
- Articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos;
- Elaboração de relatórios.

21. Como são definidas as áreas onde serão realizadas abordagens do Serviço Especializado em Abordagem Social? *(Admite múltiplas respostas)*

- Conhecimento prévio dos técnicos do Serviço
- A partir de diagnósticos socioterritoriais realizados pelo órgão gestor de Assistência Social
- Demanda dos órgãos de defesa de direitos
- Denúncias da população
- Outros. Qual? _____

22. Quantos dias por semana a abordagem social é realizada:

- dias por semana () Sem frequência regular

23. Em quais períodos do dia costuma ser realizada a abordagem social:

- Diurno Noturno Ambos

24. A Abordagem Social é realizada em parceria com: *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção).*

- A Abordagem é realizada exclusivamente pela equipe do Centro Pop *(siga para a questão 25)*
- equipes da saúde
- equipes de serviços de acolhimento
- equipes do CREAS
- equipes de outras unidades públicas da rede socioassistencial
- equipes de entidades da rede socioassistencial privada
- integrantes de movimentos sociais
- guarda municipal
- polícia militar
- outros

BLOCO 5 – GESTÃO

25. O território de abrangência deste Centro compreende:

- O município inteiro ou o Distrito Federal inteiro
- Apenas algum(ns) bairro(s) ou comunidade(s) dentro do município ou do DF

26. Para implantação e/ou para o desenvolvimento das atividades deste Centro, foi elaborado diagnóstico socioterritorial sobre a incidência e característica da população em situação de rua na localidade?

- Sim Não *(pule para a questão 28)*

27. Indique os dados e informações coletadas para subsidiar a elaboração do diagnóstico socioterritorial: *(admite múltiplas respostas).*

- Informações sobre as áreas de concentração e trânsito da população em situação de rua no município/DF
- Dados e informações relativas ao perfil e às especificidades da população em situação de rua no município/DF
- Mapeamento da rede de articulação do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
- Outros dados e informações

28. Este Centro possui estimativa do número de pessoas em situação de rua em sua área de abrangência?

- Sim Não *(pule para a questão 30)*

29. Caso sim, quantas pessoas? |_|_|_|_|_|

30. Apresente o percentual aproximado das formas pelas quais os usuários acessam os serviços deste Centro de Referência para População em Situação de Rua. *(Atenção! A soma dos itens deve ser igual a 100%.)*

- |_|_|_|_| Por procura espontânea
- |_|_|_|_| Por busca ativa
- |_|_|_|_| Por encaminhamento da rede socioassistencial
- |_|_|_|_| Por encaminhamento das demais políticas públicas e/ou Sistema de garantia de direitos

31. Nesta Unidade há profissionais que já participaram de capacitação sobre os seguintes temas? *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar que “não participou de capacitação”)*

- Pessoa com Deficiência
- Gênero
- População em situação de rua
- População LGBT
- Álcool, crack e outras drogas
- Raça e etnia
- Violências e violações de direitos
- Outros. Especifique: _____
- Não participou de capacitação

32. Esta Unidade desenvolve alguma atividade específica relativa ao uso de substâncias psicoativas?

- Sim Não *(pule para a questão 34)*

BLOCO 7 – RECURSOS HUMANOS

38. O coordenador desta Unidade: *(resposta única)*.

- exerce exclusivamente a função de coordenador
- acumula as funções de coordenador e de técnico nesta Unidade
- acumula as funções de coordenador com outra atividade da Secretaria Municipal de Assistência Social ou do DF
- não há coordenador nesta Unidade

Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, carga horária semanal e serviços ao qual está vinculado 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 SEMANAL	Início do exercício da função DD/MM/AAAA	Serviços/Atividade a qual o profissional está vinculado		
				Número	Órgão Emissor	UF							Principal serviço/atividade	Segundo principal serviço/atividade	Terceiro principal serviço/atividade
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>		<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"/>		<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"/>		<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"/>		<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"/>		<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"/>		<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"/>		<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"/>		<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"/>		<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"/>		<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"/>		<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"/>		<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"/>		<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"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 no Centro POP	Carga Horária	Serviços/Atividades
0. Sem Escolaridade	1 - Assistente Social	1 - Comissionado	1- Apoio Administrativo	1 - Menor que 20 horas semanais	<p>Atenção! Informe o Serviço/ Atividade apenas para os profissionais que possuem escolaridade de nível médio ou superior.</p> <p>1 – Atividades de gestão (administrativo)</p> <p>2 – Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua</p> <p>3 – Serviço de Abordagem Social</p> <p>4 – Cadastramento e/ou revisão/atualização cadastral</p> <p>5 – Outros</p>
1. Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicólogo	2 - Empregado Público (CLT)	2 - Coordenador(a)	2 - 20 horas semanais	
2. Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagogo	3 - Outro vínculo não permanente	3 - Educador (a) Social	3 - 30 horas semanais	
3. Ensino Médio Incompleto	4 - Advogado	4 - Servidor Temporário	4 - Estagiário (a)	4 - 40 horas semanais	
4. Ensino Médio Completo	5 - Administrador	5 - Servidor Estatutário	5 - Serviços Gerais (limpeza, conservação, motoristas, etc)	5 - Maior que 40 horas semanais	
5. Ensino Superior Incompleto	6 - Antropólogo	6 - Terceirizado	6 – Cadastrador(a)		
6. Ensino Superior Completo	7 - Sociólogo	7 - Trabalhador de Empresa, Cooperativa ou Entidade Prestadora de Serviços	7 - Técnico (a) de nível superior		
7. Especialização	8 - Fisioterapeuta	8 – Voluntário	8 - Outros		
8. Mestrado	9 – Cientista político	9 – Sem vínculo			
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, Função, Carga Horária e Serviço a qual está vinculado de cada trabalhador.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo Centro POP:

Nome Legível: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Cargo/Função:

- Coordenador do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
 Técnico de nível superior do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
 Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

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

Nome Legível: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Cargo/Função:

- Secretário Municipal de Assistência Social ou congêneres
 Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.
 Técnico da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congêneres
 Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

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