CENSO SUAS 2022

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Centro dia e similares

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas.

Este questionário deve ser preenchido para as Unidades Não-Governamentais e Governamentais **"Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias"**, seja na modalidade Centro dia, seja em qualquer outra modalidade. A exceção é a execução por meio de CREAS que responderá no respectivo questionário.

Serviço para a oferta de atendimento socioassistencial especializado a Pessoas com Deficiência e Idosos com algum grau de dependência de cuidados e suas famílias. Tem a finalidade de oferecer cuidados durante o dia, em atividades básicas e instrumentais, complementares aos ofertados pela família, com o objetivo de proteger, evitar o isolamento social, promover autonomias, fortalecer os vínculos familiares, sociais e comunitários, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes.

Para ver a descrição completa do Serviço na Tipificação Nacional, clique aqui.

Para mais orientações para o preenchimento do Censo SUAS por entidades que atendem pessoas com deficiência no SUAS, clique aqui. *(Página Inicial do Censo SUAS > Orientações Adicionais>Orientações para o preenchimento do Censo SUAS por unidades que atendem pessoa com deficiência)*

O questionário pode ser preenchido diretamente no sistema eletrônico, ou ainda pode ser preenchido primeiramente no papel, assinado pelo agente público responsável e armazenado. É recomendável que todas as informações necessárias estejam em mãos durante acesso ao sistema.

Senha de Acesso/Perfil para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2022 os responsáveis necessitarão utilizar **o *login* e a senha do gov.br** (https://sso.acesso.gov.br/login) e perfil de acesso adequado junto ao Sistema de Autenticação e Autorização (SAA).

- ❖ Verifique o documento "Orientações sobre senhas/perfis" em Orientações Adicionais na página inicial do Censo SUAS

Em caso de dúvidas, encaminhe-as em ordem de preferência:

- ✓ Chat: http://chat.mdsvector.site/chat-mds/index.php
- ✓ E-mail: vigilanciasocial@cidadania.gov.br
- ✓ Pelo telefone: 121
- ✓ Formulário Eletrônico de E-mail: http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/
- ✓ Ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133

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.

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 desta Unidade: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|.

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: ***(marcação do sistema)***

|__| Estadual |__| Municipal/Distrital

2. Indique o Público atendido nesta Unidade: ***(marcação múltipla – caso necessário, atualize no CADSUAS)***

|__| Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;
|__| Adultas(os) com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;
|__| Idosas(os) com deficiência e suas famílias;
|__| Idosas(os) com algum grau de dependência (sem deficiência) e suas famílias

3. Horário de funcionamento:

|__| dias por semana
|__|__| horas por dia

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

|__| Governamental ***(pule para questão 10)***
|__| Não Governamental/ Organização da Sociedade Civil.

5. Em caso de Entidade Não Governamental/ Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ:

|__|__||__|__|__||__|__|__|/|__|__|__|__|-|__|__| ***(caso necessário, atualize no CADSUAS)***

6. Esta entidade faz parte de alguma rede/federação nacional, estadual ou regional de entidades de defesa e apoio às pessoas com deficiência e suas famílias?

> ***Atenção!*** *Inscrição/registro em Conselho de Direitos não devem ser registrados nesta questão e/ou a obtenção de CEBAS.*

|__| Sim |__| Não ***(pule para a questão 8)***

7. Caso sim, informe a principal rede/federação de que faz parte: ***(marcação única)***

|__| Federação Nacional, Estadual e/ou Regional de APAES
|__| Federação Nacional, Estadual e/ou Regional de Associações Pestalozzi
|__| Federação Brasileira, Estadual ou Regional das Instituições de Excepcionais (FEBIEX)
|__| Associação Brasileira de Autismo
|__| Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (FENEIS)
|__| Organização Nacional dos Cegos
|__| Organização Nacional de Deficiência Física (ONEDEF)
|__| Sociedade São Vicente de Paula
|__| Outras. Qual:_____

8. A entidade recebe recursos financeiros da Assistência Social visando à manutenção dessa unidade?
(Admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)

|__| Sim, municipal ou do Distrito Federal
|__| Sim, estadual
|__| Sim, federal *(subvenções/emendas parlamentares)*
|__| Não

9. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público municipal, estadual ou do Distrito Federal? Caso sim, indique quais: ***(admite múltipla resposta, exceto se marcar a primeira opção)***

> ***Atenção!*** *Assinalar os itens apenas quando o apoio ocorrer de forma direta, não sendo decorrente do próprio recurso financeiro transferido pelo Convênio*

|__| Não recebe nenhuma outra forma de apoio do poder público municipal ***(siga para a questão 10)***
|__| Cessão de recursos humanos
|__| Cessão de imóvel
|__| 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 pedagógicos, culturais, esportivos e outros
|__| Isenção de taxas ou tributos municipais
|__| Treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade
|__| Outros

10. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) esta unidade possui inscrição/registro: ***(Admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção.***

> *A inscrição/registro é a autorização de funcionamento concedida pelos conselhos para projetos/atividades a políticas públicas específicas. Esta pergunta não se refere a participação de pessoas em conselhos, mas de inscrição/registro da entidade nestes Conselho, seja no Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal.*

|__| Conselho de Assistência Social ***(esta opção só pode ser marcada por organizações da sociedade civil-não governamental)***
|__| Conselho de Direitos da Criança e Adolescente
|__| Conselho de Direitos do Idoso
|__| Conselho de Direitos da Pessoa com Deficiência
|__| Conselho de Direitos da Mulher
|__| Outros. Qual? _____
|__| Em nenhum dos citados acima

11. Este Centro Dia está referenciado a um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)?

> ***Atenção!*** *Considera-se referenciamento ao CREAS o processo de coordenação e orientação das unidades que ofertam serviços de Proteção Social Especial e tenham pactuação de fluxo, monitoramento e outras articulações para atendimento das usuárias/os encaminhados pelos CREAS.*

|__| Sim. **Qual?** Número de Identificação |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__| Não ***(pule para a questão 13)***

12. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que referencia este Centro Dia realiza quais atividades de referenciamento: ***(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)***
|__| Coleta/recebe periodicamente informações sobre dados de atendimento do Serviço
|__| Realiza reuniões periódicas para avaliação do Serviço com o Centro Dia
|__| Participa do processo de planejamento das atividades do Serviço
|__| Acompanha cotidianamente as atividades do Serviço
|__| Participa da construção de estratégias metodológicas do Serviço
|__| Elabora relatórios técnicos específicos sobre casos atendidos/acompanhados pelo Serviço
|__| Realiza estudos de caso em parceria com o Serviço
|__| Define procedimentos comuns e/ou complementares ao Serviço
|__| Possui fluxos de encaminhamentos e trocas de informações com o Serviço
|__| Articula com a rede de serviços socioassistenciais
|__| Articula com a rede dos serviços das políticas públicas setoriais
|__| Articula com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
|__| Participa da definição dos critérios de acesso das(os) usuárias(os) ao serviço
|__| Não realiza nenhuma das atividades acima

13. Em relação a outras políticas públicas, esta unidade... ***(admite múltipla resposta por linha, exceto se marcar a opção "Nenhuma das anteriores")***

	recebe recursos financeiros, visando à sua manutenção	compartilha espaços físicos, mas as ofertas são separadas	realiza a oferta de forma integrada	Nenhuma das anteriores
Saúde	|__|	|__|	|__|	|__|
Educação	|__|	|__|	|__|	|__|
Qualificação e acesso ao mundo do trabalho	|__|	|__|	|__|	|__|
Política do Idoso	|__|	|__|	|__|	|__|
Política da Criança e do Adolescente	|__|	|__|	|__|	|__|
Outras. Qual? _____	|__|	|__|	|__|	|__|

BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICA

14. Descreva o espaço físico desta Unidade*: (Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço)*

Salas utilizadas para atividades com as(os) usuárias(os)	Quantidade
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	
Quantidade de salas ***(Atenção! Não são salas utilizadas para atendimento!)***	|___|___|
Banheiros de uso exclusivo das(os) trabalhadoras(es)	|___|___|
Banheiros para uso das(os) usuárias(os)	|___|___|

Demais Ambientes	Possui?	
Recepção	|__| Sim	|__| Não
Cozinha/Copa	|__| Sim	|__| Não
Refeitório	|__| Sim	|__| Não
Almoxarifado ou similar	|__| Sim	|__| Não
Piscina	|__| Sim	|__| Não
Quadra esportiva	|__| Sim	|__| Não
Espaço externo para atividades de convívio ou recreação ***(exceto quadra e piscina)***	|__| Sim	|__| Não
Área de Descanso para a(o) usuária(o)	|__| Sim	|__| Não

15. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas nesta Unidade: ***(Resposta única por linha)***

Condições de acessibilidade apresentadas	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 a recepção no interior da unidade	|__|	|__|	|__|
Rota acessível aos espaços da Unidade (recepção, salas de atendimento e espaços de uso coletivo);	|__|	|__|	|__|
Rota acessível ao banheiro	|__|	|__|	|__|
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida	|__|	|__|	|__|

16. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta unidade? ***(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)***

|__| 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, há outras adaptações ou estratégias para assegurar a acessibilidade às pessoas com deficiência auditiva/surdas e pessoas com deficiência visual. Qual?_____
|__| Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência física. Qual? _____
|__| Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência intelectual e autismo. Qual? _____
|__| Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados para pessoa com deficiência visual
|__| Não há outras adaptações.

17. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos Serviços desta unidade. ***(Admite múltiplas respostas)***

|__| Telefone Quantos? |__|__|
|__| Celular da Unidade
|__| Impressora Quantos? |__|__|
|__| Televisão (TV)
|__| Equipamento de som
|__| DVD
|__| Datashow
|__| Veículo de uso exclusivo. Quantos? |__|__|
|__| Veículo de uso compartilhado. Quantos? |__|__|
|__| Veículo adaptado para o transporte de cadeirantes
|__| Acervo bibliográfico (livros)
|__| Brinquedos
|__| Materiais pedagógicos, culturais e esportivos
|__| Armários individualizados para guarda de pertences
|__| Artigos de higiene pessoal
|__| Cadeira de rodas
|__| Cadeiras para banho
|__| Geladeira
|__| Freezer
|__| Fogão
|__| Micro-ondas
|__| Máquina de lavar roupa
|__| Secadora de roupa
|__| Camas/Colchonetes. Quantos? |__|__|
|__| Sofás/Poltronas/Cadeiras para descanso
|__| Mesas e cadeiras para refeição/ refeitório

18. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente neste Centro dia: ***(Caso não possua, marque "0")***

18.1 Quantidade total de computadores na Unidade |___|___|___|

18.2 Destes, quantos estão conectados à internet |___|___|___|

18.3. Dentre os computadores conectados à Internet, quantos estão disponíveis para serem usados pelas(os) usuárias(os)? |___|___|___|

19. A sede desta unidade possui placa de identificação do Centro dia e/ou similares?

|__|Sim |__|Não

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

BLOCO 4 – SERVIÇOS E ATIVIDADES

21. Indique as ações e atividades desenvolvidas no âmbito do "Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas e suas famílias" nesta Unidade: ***(admite múltiplas respostas).***

|__| Acolhida e escuta inicial
|__| Estudo social
|__| Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar
|__| Realiza atividade de cuidados básicos de vida diária e de autocuidado (higiene, alimentação, descanso)
|__| Oficinas e atividades coletivas de convívio e socialização
|__| Atividades individualizadas ou em grupos de apoio ao desenvolvimento pessoal e autonomia
|__| Colaboração na prática e recomendações de outros profissionais (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, professor e outros)
|__| Visitas domiciliares
|__| Atividades com a família da(o) usuária(o)
|__| Apoio e orientação aos(às) cuidadores(as) familiares
|__| Orientação e apoio aos cuidadores familiares para o autocuidado
|__| Orientação sobre tecnologias assistivas
|__| Mobilização das(os) usuárias(os) para acesso ao serviço

|__| Orientação sobre acesso ao BPC
|__| Orientação sobre o acesso a outros benefícios
|__| Orientação e apoio para obtenção de documentação pessoal
|__| Orientação para realização de cadastro no Cadastro Único
|__| Encaminhamento para a rede de serviços socioassistenciais
|__| Encaminhamento para os serviços da rede de saúde
|__| Encaminhamento para política de educação
|__| Encaminhamento para serviços/Unidades das demais políticas públicas
|__| Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar, Conselhos de Direitos etc.)
|__| Acompanhamento das(os) usuárias(os) encaminhados para a rede
|__| Registro de informações em prontuário
|__| Palestras e oficinas envolvendo a comunidade
|__| Provimento de bens materiais

22. Além das atividades desenvolvidas no âmbito do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas e suas famílias acima descritas, informe quais das demais atividades são realizadas nesta Unidade (considerar apenas o que for realizado no próprio local desta Unidade): ***(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)***

|__| Alfabetização
|__| Escolarização Formal
|__| Reforço Escolar
|__| Ensino do método Braille de leitura
|__| Ensino de Libras
|__| Atendimentos Médicos
|__| Atendimento Odontológico
|__| Terapia Ocupacional
|__| Fisioterapia
|__| Fonoaudiologia
|__| Atendimento Clínico em Psicologia
|__| Provisão de órtese e prótese
|__| Nenhuma das anteriores

23. Qual o tipo de atividade realizada durante as oficinas desta unidade? ***(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)***

|__| Atividades Esportivas
|__| Atividades Artísticas e Culturais (musicalização, dança, teatro, entre outras)
|__| Musicalidade (cantar, tocar instrumentos etc.)
|__| Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê etc.)
|__| Atividades de inclusão digital
|__| Atividades de linguagem (produção de texto, contação de histórias, roda de conversa etc.)
|__| Atividades que envolvam alimentos (oficinas de culinária, hortas etc.)
|__| Jogos e Brincadeiras (jogos de tabuleiro etc.)
|__| Atividades de orientação para o mundo do trabalho
|__| Passeios e/ou atividades externas
|__| Outras atividades. Quais? _____
|__| Nenhuma das atividades acima

24. Quem participa da construção do Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento? ***(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção).***

|__| As(Os) usuárias(os) e/ou os membros da sua família
|__| As(Os) técnicas(os) de referência da(o) usuária(o)
|__| A(O) coordenadora(or) do Centro Dia
|__| As(Os) técnicas(os) do CREAS de referência
|__| Equipes de outras áreas nas quais a(o) usuária(o) é atendida(o)
|__| Outros. Qual? _____
|__| Esta unidade não faz Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento

25. O Serviço de Proteção Social Especial Para Pessoas Com Deficiência, Idosas e Suas Famílias, ofertado nesta Unidade, possui capacidade para atender quantas(os) usuárias(os) por turno? ***(Se não houver, marcar 0)***

|__|__| usuárias(os) por turno

26. Em média, quantos dias por semana as(os) usuárias(os) da unidade frequentam este serviço? ***(Resposta única)***

|__| um dia, ou menos, a cada mês
|__| um dia por quinzena
|__| um dia por semana
|__| dois a três dias por semana
|__| quatro a cinco dias por semana
|__| mais de cinco dias por semana

27. Em média, quantas horas por dia as(os) usuárias(os) da unidade permanecem na Unidade (nos dias em que este utiliza o serviço)? ***(Resposta única)***

|__| menos de uma hora
|__| uma a duas horas
|__| duas a três horas
|__| quatro a seis horas
|__| sete a oito horas
|__| nove a dez horas
|__| mais de dez horas

28. Em relação às vagas do Serviço de PSE para pessoas com deficiência, idosas(os) e suas famílias, informe se: ***(Resposta única)***

|__| Todas as vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CREAS de referência
|__| A maioria das vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CREAS de referência
|__| A minoria das vagas é preenchida por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CREAS de referência
|__| As vagas são preenchidas de forma independente, de forma que os encaminhamentos dos CREAS de referência não são um critério de priorização

29. Qual a principal forma de acesso das demandas recebidas pelo Centro Dia e/ou similar? ***(Resposta única)***

|__| Demanda espontânea da população
|__| Busca ativa
|__| Encaminhamento dos demais Serviços Socioassistenciais e das demais Políticas Setoriais
|__| Encaminhamento dos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
|__| Outro. Qual? _____

30. Esta Unidade oferece alimentação às(aos) usuárias(os)? ***(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não oferta alimentação").***

|__| Lanches/Café da manhã
|__| Almoço
|__| Lanche/ Café da Tarde
|__| Jantar
|__| Lanche/Café da Noite
|__| Não oferta alimentação

31. Existe apoio para o deslocamento das famílias/indivíduos para a sede dessa Unidade? ***(resposta única)***

|__| Sim, para todas(os) as(os) usuárias(os)
|__| Sim, para algumas(ns) usuárias(os)
|__| Não ***(pule para a questão 33)***

32. Como se dá este apoio? ***(Admite múltiplas respostas)***

|__| A unidade possui transporte especializado para o deslocamento das(os) usuárias(os)
|__| A unidade fornece ajuda de custo (passagens) para o deslocamento das(os) usuárias(os)
|__| O poder público fornece gratuidade no transporte público para pessoas com deficiência e idosas
|__| O poder público fornece passagens (vale-transporte etc.)
|__| O poder público fornece transporte especializado para o deslocamento das(os) usuárias(os)
|__| Outros. Quais? _____

33. Há participação das(os) usuárias(os) nas atividades de planejamento deste Centro Dia e similar?

|__| Não ***(pule para a questão 35)***
|__| Sim, porém de maneira informal e ocasional
|__| Sim, de maneira informal, mas regular
|__| Sim, de maneira formal e regular

34. Quais mecanismos de participação são utilizados nesta unidade? ***(Admite múltiplas respostas)***

|__| As(os) usuárias(os) e/ou familiares participam das reuniões de planejamento desta unidade.
|__| As(os) usuárias(os) contam com representante que participa do planejamento desta unidade.
|__| As (Os) usuárias(os) escolhem os temas a serem trabalhados nas atividades coletivas (oficinas/palestras) da unidade.
|__| A equipe técnica disponibiliza outros meios para avaliação da oferta (questionário de satisfação, pesquisa de opinião, urna de sugestões).
|__| Outros. Qual? _____

BLOCO 5 – PERFIL DAS(OS) USUÁRIAS(OS)

35. Informe o número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de agosto de 2022, conforme o quadro abaixo: ***(Se não houver, marcar 0)***

Número de usuárias(os) atendidas(os) no mês de agosto de 2022	**Quantidade**
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	|__|__|__|
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos, com deficiência	|__|__|__|
Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	|__|__|__|
Jovens e adultas(os) (18 a 59 anos) com deficiência	|__|__|__|
Idosas(os) (60 anos ou mais) com deficiência	|__|__|__|
Idosas(os) (60 anos ou mais) dependentes pela idade, sem deficiência	|__|__|__|
Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de agosto de 2022	|__|__|__|__| ( ) Não Sabe

36. Indique a quantidade de pessoas segundo o tipo de deficiência durante o mês de agosto de 2022: ***(Caso o indivíduo tenha deficiência múltipla, marcar todas as deficiências. O valor de cada linha não pode ser maior que o Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de agosto de 2019. Caso não haja pessoas com algum tipo específico de deficiência, informe o valor "0")***

Número de usuárias(os) atendidas(os) no Serviço no mês de agosto de 2022	**Quantidade**	
Deficiência Física	|__|__|__|	( ) Não Sabe
Deficiência Visual	|__|__|__|	( ) Não Sabe
Deficiência Auditiva	|__|__|__|	( ) Não Sabe
Deficiência Intelectual	|__|__|__|	( ) Não Sabe
Deficiência Mental	|__|__|__|	( ) Não Sabe
Autismo	|__|__|__|	( ) Não Sabe
Microcefalia decorrente de Zika	|__|__|__|	( ) Não Sabe

37. Dentre as(os) usuárias(os) atendidas(os) nesta unidade no mês de agosto de 2022L, informe: ***(Caso não haja beneficiárias(os) do BPC entre as pessoas desta Unidade, informe o valor "zero")***

|__|__|__| Quantidade de pessoas Idosas(os) beneficiárias do BPC |__| Não sabe informar
|__|__|__| Quantidade de pessoas com deficiência beneficiárias do BPC |__| Não sabe informar
|__|__|__| Quantidade de pessoas que recebem pensão/aposentadoria |__| Não sabe informar
|__|__|__| Quantidade de pessoas com famílias beneficiárias do PBF |__| Não sabe informar
|__|__|__| Quantidade de pessoas que recebem a Pensão Especial por Microcefalia |__| Não sabe informar

38. Atualmente, em média, quantos usuário ficam na unidade em: ***(Caso não haja, informe o valor "zero")***

|__|__|__| Em período integral |__| Não sabe informar
|__|__|__| Em meio período |__| Não sabe informar
|__|__|__| Em período menor do que meio período |__| Não sabe informar

BLOCO 6 – FUNCIONAMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID19

39. Como se deu o funcionamento deste Centro dia e/ou similar durante a pandemia do Coronavírus e a frequência com isto ocorreu? ***(Resposta única por linha)***

|__| Este Centro dia e/ou similar ficou fechado em todo tempo da pandemia ***(pule para a questão 42)***

	Sempre	**Na maior parte do tempo**	**Às vezes**	**Na menor parte do tempo**	**Nunca**
Ofertou atendimento presencial ao público em geral	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Ofertou apenas os atendimentos presenciais agendados	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Ofertou atendimentos/acompanhamento apenas para o público prioritário	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Ofertou teleatendimento por telefone e aplicativos de videoconferência	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Ofertou atividades coletivas (oficinas, grupo, ações comunitárias);	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Realizou visitas domiciliares	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Outro. Qual? _____	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|

40. Como estava a jornada de trabalho das(os) profissionais durante a pandemia? ***(Admite múltiplas respostas)***

|__| Teve que ampliar o número de profissionais
|__| Com jornada de trabalho normal (semelhante a jornada anterior a pandemia)
|__| Com jornada de trabalho reduzida
|__| Outros. Qual? _____

41. Os trabalhadores desta unidade tiveram acesso a Equipamentos de Proteção Individual? ***(Resposta única)***

|__| Sim, na quantidade adequada para o atendimento
|__| Sim, mas em quantidade insuficiente
|__| Não

BLOCO 7 – ARTICULAÇÃO

42. Indique as ações de articulação deste Centro dia e similar com os seguintes serviços, programas ou instituições existentes no município: ***(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar 'Não possui articulação' ou 'Serviço ou Instituição não existente no município ou no DF')***

Serviços, programas ou instituições com os quais mantém articulação	**Tipo de Articulação**								**Não tem nenhuma articulação**	**Serviço ou instituição não existente no Município ou no DF**
	Possui dados de localização (endereço, telefone, etc.)	Recebe usuárias(os) encaminhadas(os) s por este Centro-Dia	Encaminha usuárias(os) para este Centro-Dia	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca Informações	Realiza estudos de caso em conjunto	Desenvolve atividades em parceria		
Unidades de Acolhimento	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
CRAS	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
CREAS	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Serviços de Saúde	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Serviços de Educação	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Sistema de Justiça/ Judiciário	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Organizações e Entidades de Garantia e Defesa de Direitos das pessoas com Deficiência e/ou Idosas	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Unidades e Projetos de Qualificação para o mundo do trabalho	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|

BLOCO 8 – GESTÃO DE PESSOAS

43. Nesta unidade, algum(a) profissional já participou de algum curso sobre o Serviços de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias? ***(Caso não haja, informe o valor "zero)***

|__| Sim. Quantos? |__|__|__| |__| Não

44. O(a) coordenador(a) desta Unidade: ***(resposta única)***

|__| Exerce exclusivamente a função de coordenadora(or)
|__| Acumula as funções de coordenadora(or) e de técnica(o) nesta Unidade
|__| Acumula as funções de coordenadora(or) com outra atividade
|__| Não há coordenadora(or) nesta Unidade

45. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária 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			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária **SEMANAL**	Início do exercício da função DD/MM/AAAA
				Número	Órgão Emissor	UF							
1)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
2)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
3)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
4)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
5)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
6)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
7)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
8)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
9)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
10)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
11)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
12)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
13)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
14)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
15)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	
16)		__| F __| M						__|	____|	__|	__|	__|	

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função na unidade	Carga Horária
0. Sem Escolaridade 1. Ensino Fundamental Incompleto 2. Ensino Fundamental Completo 3. Ensino Médio Incompleto 4. Ensino Médio Completo 5. Ensino Superior Incompleto 6. Ensino Superior Completo 7. Especialização 8. Mestrado 9. Doutorado	1 – Assistente Social 2 – Psicóloga(o) 3 – Pedagoga(o) 4 – Advogada(o) 5 – Administrador(a) 6 – Antropóloga(o) 7 – Socióloga(o) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista política(o) 10 – Nutricionista 11 – Médica(o) 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 14 – Economista 15 – Economista Doméstica(o) 16 – Enfermeira(o) 17 – Analista de sistema 18 – Programador(a) 19 – Outro profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional	1. Comissionado 2. Servidor/Estatutário 3. Servidor Temporário 4. Empregado Público Celetista – CLT 5. Terceirizado 6. Empregado Celetista do setor privado - CLT 7. Outro vínculo não permanente 8. Voluntário	1. Coordenador(a) 2. Técnico(a) de Nível Superior 3. Cuidador(a) social 4. Auxiliar de Cuidador 5. Educador(a) Social 6. Apoio administrativo 7. Estagiário(a) 8. Serviços Gerais 9. Outros	1. Até 10 horas semanais 2. De 11 a 20 horas semanais 3. De 21 a 30 horas semanais 4. De 31 a 40 horas semanais 5. De 41 a 44 horas semanais 6. Mais de 44 horas semanais

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, Função e Carga Horária e Serviços realizado de cada trabalhador.

BLOCO 9 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

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

Nome: _____

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

Cargo/Função:

|__| Coordenador(a) da unidade
|__| Técnica(o) de nível superior da unidade
|__| Outros. Especifique: _____

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

Assinatura: _____

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

Nome: _____

CPF:_____ **Data de validação**: ___ / ___ / ____

Cargo/Função:

|__| Secretária(o) Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere
|__| Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.
|__| Técnica(o) da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congênere
|__| Outros. Especifique: _____

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

Assinatura: _____

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