

# CENSO SUAS 2023

Secretaria Nacional de Assistência Social

## Questionário Centro POP

Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

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 2023 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: <https://falemds.centralit.com.br/atendimento/chatmds/index.html>
- E-mail: [vigilanciasocial@mds.gov.br](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br)
- Formulário Eletrônico de E-mail: <https://falemds.centralit.com.br/formulario/>
- Pelo telefone: 121
- Ou ainda pelos telefones 61 2030-3300 e 3376

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

### 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: |\_|\_|\_|\_|\_|

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

## BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA

**1. Situação do imóvel onde se localiza o Centro POP: (Resposta única)**

Próprio

Alugado

Cedido

**2. Horário de funcionamento:** |\_|\_| dias por semana |\_|\_|\_| horas por dia

**3. O imóvel de funcionamento desta Unidade é compartilhado?**

*“Entende-se por compartilhamento de espaço quando os Centro POP não têm ambientes exclusivos para a oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Contudo, **NÃO SÃO** considerados compartilhamento o Serviço de Abordagem Social, Cadastro Único, Auxílio Brasil e Concessão de Benefícios Eventuais, desde que ofertados diretamente no Centro POP.”*

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 congênere

Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Subprefeitura 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

Entidade/Organização da Sociedade Civil/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)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 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 <b>(siga para a questão 6)</b> | <input type="checkbox"/> Espaço para atividades coletivas |
| <input type="checkbox"/> Entrada / Porta de Acesso  | <input type="checkbox"/> Banheiros                        |
| <input type="checkbox"/> Recepção   | <input type="checkbox"/> Copa/cozinha                     |
| <input type="checkbox"/> Algumas salas de atendimento   | <input type="checkbox"/> Área Externa                     |
| <input type="checkbox"/> Todas as salas de atendimento  | <input type="checkbox"/> Almojarifado ou similar          |
| <input type="checkbox"/> Salas administrativas  | <input type="checkbox"/> Refeitório                       |
|   | <input type="checkbox"/> Lavanderia                       |
|   | <input type="checkbox"/> Espaço para guarda de pertences  |
|   | <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração</b> <b>(Não são salas de atendimento!)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Banheiro de uso exclusivo das(os) trabalhadoras(es) do Centro POP</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Banheiro para uso das(os) usuárias(os) do Centro POP</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Espaço para higiene pessoal (Box com chuveiros individualizados)	<input type="text"/> <input type="text"/>
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 animais de estimação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Arquivos	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos principais espaços da Unidade (recepção, sala de atendimentos e espaço(s) para atividades coletivas)	<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 dificuldades de locomoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos serviços deste Centro, e informe na segunda coluna se os usuários podem utilizá-los.

Equipamento	Equipamento ou material disponível na Unidade <i>(Caso "Não, pule para a próxima linha)</i>	Caso sim, indique se está disponível (às) aos usuárias (os)
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	<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
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 roupas	<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 existentes neste Centro que estão em perfeito funcionamento: *(Atenção! Informar 0 (zero) se não tiver computador que se enquadre em alguma das respostas a seguir.)*

Quantidade total de computadores conectados à internet na Unidade	<input type="text"/>
Quantidade de computadores com internet para utilização pelas(os) usuárias(os):	<input type="text"/>

10. Este Centro POP oferece refeição às(aos) usuárias(os) ou facilita o acesso à alimentação?

Sim  Não *(pule para a questão 12)*

11. Indique abaixo as refeições que são oferecidas às(aos) usuárias(os) deste Centro POP e o local de oferta: *(Caso responda "Não" na pergunta "É ofertada a refeição?", pule para a próxima linha)*

	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. Quais condições são exigidas para o acesso e permanência neste Centro Pop? *(admite múltiplas respostas)*

Precisa de encaminhamento  
 Precisa provar um tempo mínimo de permanência no município  
 Precisa passar por revista por segurança na entrada

- Precisa passar por checagem de ficha criminal
- Não pode ter consumido álcool e outras drogas
- Não pode entrar com animais de estimação
- Possui regras para suspensão de entrada por tempo determinado
- Possui regras para proibição de entrada
- Outras. Qual? \_\_\_\_\_
- Não há nenhuma exigência

### 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 profissional de nível superior
- Acompanhamento particularizado de famílias ou indivíduos
- Orientação jurídico-social
- Apoio para obtenção de documentação pessoal
- Orientação e encaminhamento para acesso ao BPC
- Orientação e encaminhamento para acesso a benefícios eventuais
- Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual ou Familiar
- Ações de mobilização e participação social
- Mobilização da família extensa ou ampliada do usuário
- Mobilização e fortalecimento de redes sociais de apoio
- Encaminhamento para a rede de serviço socioassistencial
- Encaminhamento de usuárias(os) de substâncias psicoativas para serviços da rede de saúde
- Encaminhamento para outros serviços da rede de saúde
- Encaminhamento para políticas de educação (jovens e adultos etc.)
- Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Poder Judiciário, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)
- Ações de mobilização e sensibilização para o enfrentamento das situações de violação de direitos
- Encaminhamento de famílias ou indivíduos para demais políticas (trabalho, habitação etc.)
- Acompanhamento dos encaminhamentos realizados
- Registro dos atendimentos/acompanhamentos em prontuário
- Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em atendimento
- Estudo de caso/discussão de casos em equipe
- Palestras
- Apoio para a realização de atividades de vida diária para usuários com perda de autonomia
- Outras. Quais? \_\_\_\_\_

#### 14. Em relação ao acesso ao mundo do 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
- Encaminhamentos/articulação com o ACESSUAS trabalho
- Assessoramento para formação de cooperativas ou associações (unidades produtivas)
- Informações atualizadas sobre vagas disponíveis no mercado de trabalho
- Outros

#### 15. Quando a(o) usuária(o) demanda acolhimento provisório (pernoite e/ou pousada temporária), esta unidade: *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)*

- Não encaminha e/ou não há estratégias para acolhimento provisório *(siga para a questão 16)*
- Encaminha para uma unidade de acolhimento da rede socioassistencial
- Encaminha para uma unidade de outra política pública. De qual política pública? \_\_\_\_\_
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**16. Informe as medidas adotadas por este Centro Pop no enfrentamento à tuberculose: (admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- Identifica pessoas com sintomas suspeitos
- Articula com a rede de saúde para encaminhamento e apoio ao tratamento
- Garante aos usuários diagnosticados com Tuberculose o acesso aos serviços de acolhimento por pelo menos 6 (seis) meses para fins de tratamento.
- Orienta os usuários sobre a doença e seu tratamento (orientação individual, palestras, etc.)
- Realiza outras ações para enfrentamento da tuberculose. Quais? \_\_\_\_\_
- Não realiza nenhuma ação específica para enfrentamento da tuberculose.

**17. Este Centro POP encaminha usuáries(os) para acesso à habitação? Caso sim, com qual frequência?**

	Esta unidade possui serviço para encaminhar (as)os usuáries(os)?	Com que frequência há o encaminhamento?			
		Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
República para adultos em processo de saída das ruas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de Aluguel/Locação Social ou Auxílio Moradia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de Habitação Popular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Indique quais públicos foram atendidos pelo Serviço ofertado pelo Centro Pop, nos últimos 12 meses (admite múltiplas respostas)**

- Idosos
- Pessoa em situação de Refúgio/Imigração (pessoas de outro país);
- Pessoas com Deficiência (física/ visual/auditiva/sensorial/ intelectual)
- Pessoas com Doença Mental (Transtorno Mental)
- Pessoas com dependência de álcool e/ou outras drogas
- Pessoas egressas do sistema prisional
- População LGBT
- Povos Indígenas
- Outros povos e comunidades tradicionais (quilombolas, ciganos, ribeirinhos, extrativistas etc.)
- Outros. Informe qual: \_\_\_\_\_

**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 **(Pule para a questão 20).**
- Sim, sem equipe exclusiva para Abordagem. **(Pule para a questão 20).**
- Não realiza com a equipe deste Centro POP, mas no município existe Serviço de Abordagem referenciado a este Centro POP
- Não realiza, nem possui Serviço de Abordagem referenciado a este Centro POP **(pule para a questão 25)**

**20. No caso da execução do Serviço de Abordagem por unidade referenciada, indique as atividades realizadas por este Centro POP: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- Coordena o Serviço referenciado
- Coleta/recebe periodicamente dados de atendimento do Serviço
- Realiza reuniões periódicas para avaliação do Serviço com a Unidade referenciada
- Participa do planejamento das atividades do Serviço
- Acompanha cotidianamente as atividades do Serviço
- Constrói 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 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 órgãos do Sistema de Justiça
- Articula com os órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)
- Não realiza nenhuma das atividades acima (pule para a questão 25).**

**21. Quantos dias por semana a abordagem social é realizada:**

dias por semana     Sem frequência regular

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

Diurno     Noturno     Ambos

**23. 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
- 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
- Conselho Tutelar.
- Defensoria Pública
- Outros

**24. Como são definidas as áreas onde serão realizadas as 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
- A partir de diagnósticos socioterritoriais realizados pela equipe que executa o serviço
- Demanda dos órgãos de defesa de direitos
- Denúncias/Solicitações da população
- Outros. Qual(is)? \_\_\_\_\_

## **BLOCO 5 – BENEFÍCIOS, CADASTRO ÚNICO e PARTICIPAÇÃO DE USUÁRIAS(OS)**

**25. Em relação aos Benefícios Eventuais, este Centro Pop? (resposta única)**

**Atenção! Considere “concessão” o ato de decidir sobre o direito de acesso ao Benefício, independente de a entrega ser realizada no CRAS ou em outro órgão do município.**

- Concede o benefício
- Entrega o benefício
- Concede e entrega o benefício
- Nenhuma das alternativas (pule para a questão 28)

**26. Quais são os Benefícios Eventuais concedidos neste CENTRO POP? (Admite múltiplas respostas)**

- Benefício Eventual em situação de morte
- Benefício Eventual em situação de natalidade
- Benefício Eventual em situação de calamidade (inclui desastres e emergências)
- Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social temporária (se não marcar esta opção, pule para a questão 28)

**27. Caso o município conceda Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social temporária, informe quais: (Caso não conceda este benefício, pule esta questão - Admite múltiplas respostas)**

- Auxílio relacionado à segurança alimentar (cesta básica, leite, entre outros)
- Auxílio para deslocamento / passagens (vale-transporte)
- Auxílio/Isenção para retirada de documentação (inclui auxílio para retirada de fotos)
- Aluguel social/locação social/auxílio moradia

- Material de construção
- Pagamento/ Isenção de contas de água e luz
- Auxílio gás
- Vestimentas/ Roupas
- Móveis e Eletrodomésticos
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**28. Este CENTRO POP realiza cadastramento ou atualização do Cadastro Único? (Resposta Única)**

- Sim, com equipe exclusiva para esta finalidade
- Sim, com a equipe responsável pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua
- Sim, com outra equipe
- Não, apenas encaminha a(o) usuária(o) para realização do cadastramento em outro local/unidade
- Não cadastra nem encaminha usuárias(os) para o Cadastro Único **(pule para a questão 30)**

**29. Quais atividades o Centro Pop realiza no âmbito Cadastro Único? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- Busca ativa (entrevista domiciliar, mutirão e ações itinerantes) com a finalidade de inclusão e atualização cadastral.
- Consultas ao cadastro das famílias e pessoas em situação de rua
- Orienta sobre questões relacionadas ao Cadastro Único.
- O Centro Pop é registrado como o endereço de famílias e pessoas em situação de rua.
- Encaminha famílias e pessoas em situação de rua para programas usuários do Cadastro Único.
- Não realiza atividades relacionadas ao Cadastro Único.

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

- Usuárias(os) participam de reuniões de planejamento desta unidade
- Apoio financeiro para que usuárias(os) consigam participar de reuniões de planejamento desta unidade
- Existência de representante de usuárias(os) junto à unidade
- Eleição para representante de usuárias(os) junto à unidade
- Estímulo à formação de coletivo/comitê de usuárias(os)
- Realização de questionário de satisfação/ pesquisa de opinião (inclui urna de sugestões)
- Realização de reuniões/entrevistas específicas para levantar demandas das(os) usuárias(os)
- Usuárias(os) escolhem os temas a serem trabalhados nas ações coletivas da unidade
- Estímulo à participação de usuárias(os) nos Conselhos de Assistência Social/de Direitos
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_



**BLOCO 7 – GESTÃO DE PESSOAS**

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

exerce exclusivamente a função de coordenador(a)

acumula as funções de coordenador(a) e de técnico(a) nesta Unidade

acumula as funções de coordenador com outra atividade da Secretaria Municipal de Assistência Social ou do DF

não há coordenador(a) nesta Unidade

33. 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/AA AA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			Email	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária <b>SEMANAL</b>	Início do exercício da função DD/MM/AAAA	Serviços/Atividade a qual o profissional está vinculado	
				Número	Órgão Emissor	U F								Principal serviço/atividade	Segundo 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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	

**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.**

<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>Função no Centro POP</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Serviços/Atividades</b>
0. Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1 – Comissionada(o)	1 – Coordenador(a)	1. Até 10 horas semanais	<p><b>Atenção! Informe o Serviço/ Atividade apenas para os profissionais que possuem escolaridade de nível médio ou superior.</b></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 (a)	2 – Servidor(a)/Estatutária(o)	2 – Técnico(a) de nível superior	2. De 11 a 20 horas semanais	
2. Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagogo (a)	3 – Servidor(a) Temporária(o)	3 – Técnico de nível médio	3. De 21 a 30 horas semanais	
3. Ensino Médio Incompleto	4 – Advogado (a)	4 – Empregada(o) Pública(o) Celetista (CLT)	4 – Educador(a) Social	4. De 31 a 40 horas semanais	
4. Ensino Médio Completo	5 – Administrador (a)	5 – Terceirizada(o)	5 – Cadastrador(a) /Entrevistador Social	5. De 41 a 44 horas semanais	
5. Ensino Superior Incompleto	6 – Antropólogo (a)	6 – Outro vínculo não permanente	6 – Apoio Administrativo	6. Mais de 44 horas semanais	
6. Ensino Superior Completo	7 – Sociólogo (a)	7 – Trabalhador(a) de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços	7 – Estagiário(a)		
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8 – Voluntária(o)	8 – Serviços Gerais ( <b>limpeza, conservação, motoristas etc.</b> )		
8. Mestrado	9 – Cientista político(a)	9 – Sem vínculo	9 – Outros		
9. Doutorado	10 – Nutricionista				
	11 – Médico(a)				
	12 – Musicoterapeuta				
	13 – Terapeuta Ocupacional				
	14 – Economista				
	15 – Economista Doméstica(o)				
	16 – Enfermeiro (a)				
	17 – Analista de sistema				
	18 – Programador(a)				
	19 – Outro(a) profissional de nível superior				
	20 – Profissional de nível médio				
	21 – 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: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de preenchimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cargo/Função:**

- Coordenador(a) do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua  
 Técnico(a) de nível superior do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

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

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

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de validação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cargo/Função:**

- Secretário(a) Municipal de Assistência Social ou congêneres  
 Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.  
 Técnico(a) da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congêneres  
 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 congêneres)**