

CENSO SUAS 2023

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Unidades executoras do Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

O Serviço de Acolhimento Familiar em Família Acolhedora organiza o acolhimento de **crianças e adolescentes** afastados da família por medida de proteção por determinação do Poder Judiciário, em residência de famílias acolhedoras cadastradas. É previsto até que seja possível o retorno à família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para adoção. Família Acolhedora para Idosos e Alocação de crianças/adolescentes em família extensa (Guarda Subsidiada) não preenchem este questionário

Para mais informações, acesse a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistencial: [clique aqui](#)

No caso de serviços de acolhimento em família acolhedora pertencentes ao governo estadual (execução direta ou por convênio), caberá à Secretaria Estadual coletar e preencher as informações.

Deverão ser coletadas informações sobre **todas** as unidades que ofertam Serviços de Acolhimento em Família Acolhedora vinculados à política de assistência social, inclusive de entidades que **não possuem convênio** com o poder público

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>
- Email: 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 DA UNIDADE**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS**

Nome do Serviço: _____

Informe o Tipo de Logradouro da Sede do Serviço (rua, avenida, praça, rodovia etc.)

Endereço (nome da rua, da avenida etc.): _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: _____

CEP: |_|_|_|_|_|-|_|_|_| Município: _____ UF: _____

E-mail: _____

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

Data de Implantação da unidade: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| (dd/mm/aaaa)

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**1. Indique a Natureza da Unidade: (Marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)**

- Governamental *(pule para questão 6)*
- Não Governamental/Organização da Sociedade Civil

2. Em caso de Entidade Não Governamental/Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ:|_|_|.|_|_|_|_|.|_|_|_|_|/|_|_|_|_|-|_|_|_| *(caso necessário, atualize no CADSUAS)***3. Esta entidade possui convênio/termo de parceria ou outra forma de contratualização com o poder público? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar “não” ou “não sabe informar”)**

- Sim, com o Estado *(governo estadual)*
- Sim, com o município no qual esta unidade se localiza *(com a prefeitura na qual a sede da unidade se localiza)*
- Sim, com outros municípios
- Não
- Não sabe informar

4. Este serviço recebeu, nos últimos 12 meses, recurso do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente – FIA (oriundo do CMDCA e/ou CEDCA) SIM NÃO Não sabe informar**5. Qual foi o custo mensal de manutenção deste Serviço no mês de setembro de 2023, considerando os gastos com salários, aluguel da sede, telefone, etc (EXCLUINDO o valor dos subsídios repassados às famílias acolhedoras)?**R\$ |_|_|_|_|.|_|_|_|_|,|_|_|_| Não sabe informar.**6. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) o serviço possui inscrição/registo: (Admite múltipla resposta)**

A inscrição/registo é a autorização de funcionamento concedida pelos conselhos para projetos/atividades de políticas públicas específicas. Esta pergunta não se refere a participação de pessoas em conselhos, mas de inscrição/registo da entidade nestes Conselhos. Pode ser Municipal/Distrital/Estadual

- Conselho de Assistência Social *(caso seja “governamental”, não marque este item)*
- Conselho de Direitos da Criança e Adolescente
- Outros. Qual? _____
- Em nenhum Conselho

7. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (Marcação do sistema) Estadual Municipal

19. Quantas crianças/adolescentes foram acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora nos últimos 12 meses, entre outubro/2022 e setembro/2023? (Caso não tenha, marcar 0. Considerar crianças/adolescentes atualmente acolhidas que ingressaram na unidade até 30/09/2023).

_____| _____ | Não Sabe

20. Informe o sexo e faixa etária das crianças/adolescentes que estão acolhidas por meio do Serviço de Família Acolhedora neste momento: (Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 18. Caso não tenha, marcar 0)

Sexo	Quantidade de crianças e adolescentes acolhidas, segundo as faixas etárias (anos de idade)							Total
	0 a 2	3 a 5	6 a 11	12 a 13	14 a 15	16 a 17	Acima de 18	
Masculino	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Feminino	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

21. Das crianças/adolescentes ATUALMENTE acolhidas neste serviço, quantas delas vieram encaminhadas de outras localidades? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)

	Quantidade de pessoas	Não Sabe
Vieram de outro município do estado	_____	_____
Vieram de outros estados	_____	_____
Vieram de outros países (refugiada(o)/imigrante)	_____	_____

22. Caso tenha crianças/adolescentes ATUALMENTE acolhidas que vieram de outros países, indique quantos por nacionalidade (Caso não tenha, marcar 0)

_____| Venezuelanos
 _____| Outros. Quais? _____

23. Das crianças/adolescentes que estão acolhidas neste momento, informe o tempo que estão no serviço: (Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 18. Caso não tenha, marcar 0)

Tempo de acolhimento	Quantidade de acolhidos
Menos de 1 Mês	_____
De 1 a 3 meses	_____
De 4 a 6 meses	_____
De 7 a 12 meses	_____
De 13 a 18 meses	_____
De 19 a 24 meses	_____
De 25 a 48 meses	_____
De 49 a 72 meses	_____
Mais de 72 meses (mais de 6 anos)	_____
Total de Pessoas Acolhidas	_____

24. Entre as crianças e adolescentes que estão acolhidas hoje neste serviço, quantas possuem alguma das características abaixo? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)

Especificidade	Qtde.
Deficiência (física/ sensorial/ intelectual)	_____
Transtorno mental / Sofrimento psíquico	_____
Com necessidade de cuidados especializados devido a condições de saúde (p.ex: traqueostomizados, com necessidade de suporte ventilatório ou de outros aparelhos para suporte à vida, tratamento ou nutrição parenteral, alimentação enteral, terapias injetáveis, realização de curativos complexos, dentre outros procedimentos)	_____

Adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas em meio aberto ou Egressos do sistema socioeducativo	_ _ _ _
Trajetória de rua	_ _ _ _
Indígenas	_ _ _ _
Outros Povos e comunidades tradicionais (<i>quilombolas, ciganos, ribeirinhos, extrativistas etc.</i>)	_ _ _ _
Dependência de álcool ou outras drogas	_ _ _ _
Gestantes	_ _ _ _

25. Em relação à cor/raça dos acolhidos, indique a quantidade de crianças/adolescentes em cada perfil: (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)

Cor/Raça	Qtde.	Não sabe informar
Preta	_ _ _ _	_
Parda	_ _ _ _	_
Branca	_ _ _ _	_
Amarela	_ _ _ _	_
Indígena	_ _ _ _	_
Não sabe informar	_ _ _ _	_
TOTAL	_ _ _ _	_

26. Indique a quantidade de crianças/adolescentes acolhidas de acordo com o motivo do acolhimento (para preenchimento, considerar o principal motivo que levou ao acolhimento da criança/adolescente): (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)

Principal Motivo do Acolhimento	Qtde.
Entrega voluntária para adoção	_ _ _ _
Orfandade	_ _ _ _
Abandono	_ _ _ _
Pais/responsáveis usuários abusivos de álcool ou drogas ilícitas	_ _ _ _
Pais/responsáveis com deficiência	_ _ _ _
Pais/responsáveis com transtorno mental/sofrimento psíquico	_ _ _ _
Ausência dos pais/ responsáveis por doença	_ _ _ _
Ausência dos pais/ responsáveis por prisão ou MSE de Internação	_ _ _ _
Violência doméstica - física	_ _ _ _
Violência doméstica - psicológica	_ _ _ _
Abuso sexual intrafamiliar	_ _ _ _
Submetido à Exploração Sexual (prostituição, pornografia)	_ _ _ _
Conflito familiar	_ _ _ _
Submetido à exploração do trabalho ou mendicância	_ _ _ _
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/adolescente com condições de saúde específicas	_ _ _ _
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/adolescente com dependência química	_ _ _ _
Criança ou adolescente sob ameaça de morte	_ _ _ _
Criança/Adolescente em situação de rua (desacompanhada)	_ _ _ _
Negligência na família	_ _ _ _
Família em situação de rua	_ _ _ _
Família com moradia insalubre/em área de risco	_ _ _ _
Carência de recursos materiais da família/responsável	_ _ _ _
Outros	_ _ _ _
Não sabe informar	_ _ _ _
TOTAL	_ _ _ _

34. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pelo serviço para seleção, formação e acompanhamento das famílias acolhedoras: (admite múltipla resposta, exceto se marcar "Não realiza nenhuma das atividades acima")

SELEÇÃO DAS FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

- Reunião informativa ou Palestra de Apresentação do Serviço
- Análise documental
- Entrevistas
- visitas domiciliares
- Outro. Quais: _____
- Não realiza nenhuma atividade de seleção

FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA DAS FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

- Encontros de capacitação inicial, em grupo
- Encontros de capacitação inicial com cada família candidata
- Palestras temáticas
- Rodas de Conversa/ Reuniões em grupo periódicas com as famílias acolhedoras
- Outro. Quais: _____
- Não realiza nenhuma atividade de formação inicial e continuada

ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

- Aproximação supervisionada entre a criança/adolescente e família acolhedora
- Visitas domiciliares periódicas às famílias acolhedoras
- Atendimento psicossocial individualizado da família acolhedora
- Contato por whatsapp / telefone
- Outro. Quais: _____
- Não realiza nenhuma atividade de acompanhamento

35. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pelo serviço no acompanhamento das crianças/adolescentes acolhidos e das famílias de origem: (Admite múltipla resposta, exceto se marcar "Não realiza nenhuma das atividades acima")

- Atendimento psicossocial individualizado da criança/adolescente
- Espaço de escuta qualificada permanente com a criança/adolescente
- Acompanhamento escolar
- Acompanhamento na saúde
- Encaminhamento para emissão de documentos
- Apoio e encaminhamento de adolescentes acolhidos para qualificação profissional e mercado de trabalho
- Identificação da família natural, família extensa ou ampliada
- Viabilização de encontros com a família de origem
- Construção de um plano de acompanhamento da família de origem
- Atendimento psicossocial individualizado da família de origem
- Reuniões em grupo com as famílias de origem
- Entrevistas com a família de origem
- Visitas domiciliares à família de origem
- Elaboração de Genograma, Ecomapa ou outras ferramentas similares
- Envio de relatório trimestral para o Judiciário
- Estudo de caso pela equipe do serviço
- Encaminhamento para a rede (socioassistencial ou setorial)
- Discussão de casos com outros profissionais da rede
- Outro. Quais: _____
- Não realiza nenhuma das atividades acima

36. Em relação à saída da criança/adolescente da família acolhedora para retorno à família de origem ou encaminhamento a família adotiva, marque as alternativas que melhor descrevam como esse processo tem sido realizado: (Admite múltipla resposta, exceto se marcar "Não sabe informar")

- A equipe do judiciário informa com antecedência as decisões quanto ao encaminhamento para adoção / reintegração e possibilita que a equipe do serviço atue junto às famílias e aos acolhidos, possibilitando uma transição gradual.
- A equipe do judiciário **não** costuma informar com antecedência as decisões quanto ao encaminhamento para adoção / reintegração, e não favorece um processo gradual de aproximação.
- Na maior parte das vezes, o tempo de transição / preparação para a saída da família acolhedora é SUFICIENTE, possibilitando um processo gradual de aproximação entre a criança/adolescente com a família de origem / adotante, favorecendo momentos adequados de despedida.
- Na maior parte das vezes, o tempo de transição / preparação para a saída da família acolhedora é INSUFICIENTE, e as saídas são ABRUPTAS, sem a realização de momentos adequados de despedida.

Não sabe informar

37. Informe quais ações são realizadas pelo serviço e pelas famílias acolhedoras para preparar os adolescentes acolhidos para o desligamento por maioria? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar uma das duas últimas)

- Apoio ao adolescente acolhido e/ou jovem egresso para a qualificação profissional e trabalho remunerado
 Encaminhamento para república
 Encaminhamento para inclusão em programas de transferência de renda e/ou benefícios assistenciais
 Encaminhamento para inclusão em programas de habitação
 Atividades que desenvolvam a autonomia quanto ao uso e gestão do dinheiro
 Atividades que desenvolvam a autonomia, tais como: cuidado com a residência, utilização de serviços públicos
 Outros
 Não realiza ações de preparo para o desligamento
 Não atende adolescentes até a maioria

38. O serviço possui os seguintes instrumentais? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)

- Projeto Político-Pedagógico (PPP)
 Prontuários de atendimento individualizados das(os) acolhidas(os)
 Plano Individual de Atendimento (PIA) de cada pessoa acolhida
 Outro. Qual? _____
 Não possui nenhum dos instrumentais acima mencionados

39. A família acolhedora tem o termo de guarda da(s) criança(s)? (Resposta única)

- Sim, para todas crianças
 Sim, para algumas crianças
 Não

40. Com que frequência, em média, cada família acolhedora com criança/adolescente acolhida é acompanhada? (Resposta única)

Caso o serviço não tenha crianças/adolescentes acolhidas no momento, informe qual seria o padrão do serviço.

- Apenas quando há necessidade
 Semestralmente
 Trimestralmente
 Bimestralmente
 Mensalmente
 Quinzenalmente
 Semanalmente
 A família não é acompanhada

41. Quem realiza o acompanhamento das(os) crianças/adolescentes após o seu desligamento do Serviço? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar uma das duas últimas alternativas)

- A própria unidade/serviço de acolhimento
 O CREAS
 O CRAS
 Unidades do Sistema de Justiça (Varas, Ministério Público, Defensoria)
 Outro. Qual? _____
 Não sabe informar (pule para a questão 43)
 Não é realizado acompanhamento (pule para a questão 43)

42. Por quanto tempo, em média, a criança/adolescente é acompanhada após seu desligamento? (Resposta única)

- menos de 3 meses
 de 3 a 5 meses
 6 meses
 de 7 a 12 meses
 mais de 1 ano
 Não sabe informar

43. Com que frequência é permitido o contato das crianças/adolescentes acolhidas com suas famílias de origem (naturais e extensas) e/ou com outras pessoas com vínculos afetivos? (Marcação única por coluna)

	Familiares	Outras pessoas
Não é permitido contato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 3 a 6 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1 a 2 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quinzenalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apenas em algumas datas específicas do ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 5 – FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

45. Qual o número de famílias acolhedoras em processo de habilitação ou em formação (ainda não aptas para acolher): |_|_|_|_|

46. Qual o número de famílias acolhedoras cadastradas no serviço (que estejam aptas a acolher e/ou estejam acolhendo): |_|_|_|_|

47. O número atual de famílias acolhedoras tem sido suficiente para atender a demanda de acolhimentos do serviço?

SIM NÃO Não sabe informar

48. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, de cada Responsável Familiar da Família Acolhedora já apta a receber crianças/adolescentes.

Atenção! No campo *Início do Exercício da Função*, preencher com a data em o Termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar. Apenas há a necessidade de cadastrar as famílias já aptas a receber crianças.

O serviço ainda não possui nenhuma família acolhedora apta. (Siga para a questão XX)

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	E-mail	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
					Número	Órgão Emissor	UF					
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<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"/>	

Atenção!

Temporariamente, o cadastro das Famílias Acolhedoras está sendo feito na aba de Recursos Humanos do CADSUAS. Para tal, é necessário inserir todas as informações do Responsável Familiar na aba "Pessoa Física" do CADSUAS. Após responder a aba Pessoa Física, é preciso vinculá-la a Unidade de Acolhimento – Família Acolhedora, e informar em cargo/ função, a opção: **Família Acolhedora**. Carga Horária: **Maior que 40 horas semanais**, Vínculo Institucional: **Sem Vínculo** e no campo início do exercício da função, preencher com a data em que o termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar.

Para uma Orientação mais detalhada, acesse: <http://aplicacoes.mds.gov.br/saqi/snas/vigilancia/index6.php>

BLOCO 6 – ESTRUTURA FÍSICA DO SERVIÇO

49. Situação do imóvel onde funciona a Sede do Serviço de Família Acolhedora - SFA: (Marcação única)

- Imóvel exclusivo para o SFA
- Imóvel compartilhado com CREAS
- Imóvel compartilhado com CRAS
- Imóvel compartilhado com outro serviço ou órgão. Qual: _____
- O SFA não possui sede

50. Descreva os espaços físicos que compõem a sede do Serviço: (Atenção! Cada espaço/cômodo deve ser contado uma única vez! Você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal.)

Espaços	Possui?	
	SIM	NÃO
Sala para atendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala/espço para reuniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala para equipe técnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala para coordenação / atividades administrativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de recepção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Indique os equipamentos e materiais, em perfeito funcionamento, a disposição deste serviço: (Admite múltipla resposta)

- Veículo de uso exclusivo
- Veículo de uso compartilhado
- Acervo bibliográfico (livros)
- Materiais pedagógicos, jogos, brinquedos
- Telefone fixo
- Celular
- Impressora
- Equipamento de som
- Equipamento de projeção de imagens
- Bebedouro e/ou filtro
- Computadores ligados à Internet. Quantos?

BLOCO 7 – GESTÃO DE PESSOAS

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"/>					

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função	Carga Horária
0. Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1. Empregada(o) Celetista do Setor Privado	1. Coordenador(a)	1. Até 10 horas semanais
1. Fundamental Incompleto	2 – Psicóloga(o)	2. Terceirizada(o)	2. Técnico(a) de Nível Superior	2. De 11 a 20 horas semanais
2. Fundamental Completo	3 – Pedagoga(o)	3. Outro vínculo não permanente	3. Cuidador(a)	3. De 21 a 30 horas semanais
3. Médio Incompleto	4 – Advogada(o)	4. Trabalhador(a) de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviço	4. Cuidador(a) Residente	4. De 31 a 40 horas semanais
4. Médio Completo	5 – Administrador(a)	5. Voluntária(o)	5. Auxiliar de cuidador(a)	5. De 41 a 44 horas semanais
5. Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)	6. Sem vínculo	6. Educador(a) Social	6. Mais de 44 horas semanais
6. Superior Completo	7 – Socióloga(o)	7. Servidor(a)/Estatutária(o)	7. Apoio Administrativo	
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Servidor(a) Temporária(o)	8. Estagiário	
8. Mestrado	9 – Cientista política(o)	9. Empregada(o) Pública(o) Celetista (marque esta opção, somente se a unidade for governamental)	9. Cozinheiro(a)	
9. Doutorado	10 – Nutricionista		10. Motorista	
	11 – Médica(o)		11. Serviços Gerais	
	12 – Musicoterapeuta		12. Família Acolhedora (marque esta opção, somente se for Responsável Familiar de Família Acolhedora apta)	
	13 – Terapeuta Ocupacional		99. Outros	
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstica(o)			
	16 – Enfermeira(o)			
	17 – Analista de sistema			
	18 – Programador(a)			

	19 – Outra(o) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional			
--	--	--	--	--

ATENÇÃO! As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se a(o) trabalhador(a) for classificada(o) na variável 'Escolaridade' em algum item a partir da opção 04, ou seja, Ensino Superior Completo, Especialização, Mestrado ou Doutorado.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:

Nome: _____

CPF: _____ Data do preenchimento: ____ / ____ / ____

Cargo/Função: Diretor(a)/Coordenador(a) da Unidade Técnica(o) de Nível Superior da Unidade
 Outro

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

Identificação da(o) agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:

Nome: _____

CPF: _____ Data da validação: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção especial no município/Estado
 Secretária(o) Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere
 Técnica(o) da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere
 Outros

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

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