

CENSO SUAS 2023

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Posto de Cadastro Único Locais com a finalidade central de realizar inclusão ou atualização cadastral do Cadastro Único e procedimentos afins

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

Unidades como CRAS, CREAS e Centros POP não devem responder este questionário

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.

Questionário Postos do Cadastro Único

Locais com a finalidade central de realizar a inclusão ou atualização cadastral das famílias no Cadastro Único e procedimentos afins

Postos do Cadastro Único são locais, casas, prédios ou qualquer unidade que são utilizados com a finalidade de realizar a inclusão ou atualização cadastral das famílias no Cadastro Único e os procedimentos afins de gestão e operacionalização do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família. Incluem-se neste rol:

- ✓ Postos que executam exclusivamente tais atividades;
- ✓ Postos alocados em unidades de outras políticas públicas ou outras unidades administrativas, como secretaria de habitação e de desenvolvimento rural, prefeitura, entre outras;
- ✓ Espaços alocados dentro do órgão gestor da Assistência Social;
- ✓ Postos inseridos em serviços integrados ao cidadão (Na Hora, Vapt Vupt, Descomplica SP, etc.);
- ✓ Postos inseridos em conselhos de direitos (Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Tutelar ou outro conselho municipal)

Unidades como CRAS, CREAS e Centros POP não devem responder este questionário, mesmo que desenvolvam atividades de inclusão e atualização cadastral. Nesses casos, preencha estas informações nos respectivos questionários desses equipamentos.

Para que o Censo SUAS 2023 seja preenchido com informações dos Postos de Cadastro Único, é necessário o preenchimento anterior desta unidade no CADSUAS.

Acesse o CADSUAS com o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, vá em Rede Socioassistencial em “outros” e preencha as informações sobre o Posto do Cadastro Único. Para mais informações, acesse o documento “Orientações para o registro de Postos do Cadastro Único no CADSUAS” nas Orientações Adicionais na página inicial do Censo.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO POSTO DO CADASTRO UNICO**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS**

Denominação: _____

Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua etc.): _____

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: (caixa com campo texto): _____

CEP: _____

Município: (Seleção) _____ UF: (Seleção) _____

E-mail: _____

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

Ao responder este questionário leve em consideração o período de tempo expresso na questão. Quando não houver data expressa, responda conforme a realidade no momento de preenchimento.

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA**1. Este local é: (Resposta única)**

Atenção! Unidades como CRAS, CREAS e Centros POP não devem responder este questionário

- Sede da Secretaria da Assistência Social ou congêneres;
- Outra unidade administrativa (Sede da Prefeitura, Sede de Outra Secretaria, Administração Regional, Subprefeituras, Unidades de outras políticas públicas etc.);
- Posto exclusivo para atendimento do Cadastro Único;
- Serviço Integrado para o Cidadão (Na Hora, Vapt Vupt, Descomplica SP etc.);
- Escola;
- Entidade privada, Associação Comunitária ou ONG;
- Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Tutelar ou outro conselho municipal;
- Outro. Qual? _____

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

3. Indique se a Unidade está localizada em: (Resposta única)

Urbana Central Urbana periférica Área rural

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

Próprio Alugado Cedido

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

Atenção! Considere o guichê de atendimento qualquer local utilizado para atender a família, pode ser uma mesa com ou sem computador com acesso ao Sistema de Cadastro Único.

Salas utilizadas para atendimento individual ou coletivo	Quantidade de salas
Salas para atendimento de apenas uma família por vez	
Salas com 2 a 5 guichês de atendimento	_ _ _
Salas com 6 a 10 guichês de atendimento	_ _ _
Salas com 11 a 15 guichês de atendimento	_ _ _
Salas com mais de 15 guichês de atendimento	
Salas exclusivas de coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)	_ _ _
Banheiros	_ _ _

Demais ambientes	Possui?	
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cozinha/Copa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Almoxarifado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Salas para Arquivos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

6. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que este posto possui: (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 do posto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos espaços do posto (recepção, salas de atendimento e espaços de uso coletivo);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível ao banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos serviços desta Unidade: (Admite múltiplas respostas)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Telefone. Quantos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado. Quantos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Celular da unidade. Quantos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico / Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> Impressora. Quantos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Brinquedoteca |
| <input type="checkbox"/> Máquina Copiadora Quantos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Brinquedos |
| <input type="checkbox"/> Televisão (TV) | <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos, culturais e esportivos |
| <input type="checkbox"/> Equipamento de som | <input type="checkbox"/> Bebedouros ou filtro de água disponível ao público |
| <input type="checkbox"/> DVD | <input type="checkbox"/> Ar condicionado ou ventilador |
| <input type="checkbox"/> Datashow | |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo. Quantos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

8. Indique a quantidade de computadores (inclui notebooks/laptops), em perfeito funcionamento, existente nesta Unidade: (Caso não haja, informe "0")

Quantidade total de computadores na Unidade	<input type="text"/>
Destes, quantos estão conectados à internet	<input type="text"/>

9. Indique a quais sistemas informatizados do Governo Federal esta Unidade tem acesso: (Resposta única por linha)

Sistema	Preenche as informações em formulário físico e encaminha para outro setor fazer o preenchimento	Acesso aos sistemas		Não tem ações em relação ao sistema
		Somente para consulta/pesquisa	Para inserção de dados	
Sistema de Cadastro Único (CAIXA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portal do Cadastro Único (Dataprev)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RelCad - Relatórios de Informações Gerenciais do Cadastro Único	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CECAD – Sistema de consulta, seleção e extração de dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal gerido pela SAGICAD/MDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Módulo de Acompanhamento Familiar do SICON - Sistema de Condicionalidades do Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SICON - Sistema de Condicionalidades do Programa Bolsa Família - demais módulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIBEC - Sistema de Benefícios ao Cidadão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Módulo Administração off-line (disponível no SIGPBF) – Sistema que permite solicitações de administração de benefícios, quando essas não são possíveis diretamente no SIBEC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros sistemas estaduais e ou municipais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 3 –CADASTRO ÚNICO

10. Informe o volume mensal de pessoas que atendidas nesta Unidade durante o mês de referência:
(*mês de referência: agosto de 2023 – caso não haja, informe “0”*)

	Quantidade no mês de agosto/2023
Total de indivíduos atendidos neste posto do Cadastro Único	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> indivíduos <input type="checkbox"/> Não sabe informar
Destes, qual o total de indivíduos realizaram entrevista para inclusão cadastral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> indivíduos <input type="checkbox"/> Não sabe informar
Destes, qual o total de indivíduos realizaram entrevista para atualização cadastral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> indivíduos <input type="checkbox"/> Não sabe informar

11. Em média, quanto tempo dura:

	Quantos DIAS (<i>Caso seja feito no mesmo dia, informe “zero” no número de dias</i>)
Entre o agendamento e a realização do atendimento	<input type="text"/> <input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> Não realiza
Após a entrevista, para que os dados coletados em formulário em papel sejam inseridos no sistema	<input type="text"/> <input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> Não realiza

	Quantos MINUTOS
Uma entrevista para inclusão cadastral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos
Uma entrevista para atualização cadastral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos

12. Como é feito o registro das informações da entrevista no Cadastro Único? (*Resposta Única*)

- Todas as entrevistas são registradas diretamente no Sistema de Cadastro Único
- A maioria das entrevistas é registrada diretamente no Sistema de Cadastro Único
- A minoria das entrevistas é registrada diretamente no Sistema de Cadastro Único
- Nenhuma entrevista é registrada diretamente no Sistema de Cadastro Único, todas são registradas no formulário em papel e depois digitadas no Sistema de Cadastro Único
- As entrevistas de inclusão cadastral são preenchidas primeiramente no formulário e depois digitadas no Sistema de Cadastro Único e as entrevistas de atualização cadastral são preenchidas diretamente no Sistema de Cadastro Único.

13. São feitas ações específicas para atender demandas de Averiguação e Revisão Cadastral? (*Resposta Múltipla, exceto se marcar a última opção*)

- Sim, as famílias de Averiguação e Revisão Cadastral são alvo de busca ativa;
- Sim, as famílias de Averiguação e Revisão Cadastral fazem parte do público prioritário de atendimento na unidade;
- Sim, há mutirões em dias específicos para atender o público de Averiguação e Revisão Cadastral;
- Sim, outros.
- Qual? _____
- Não há ações específicas para atender o público de Averiguação e Revisão Cadastral.

14. Indique em quais situações e com qual frequência a equipe faz entrevistas domiciliares: (*Resposta única por linha*).

	Sim, com frequência	Sim, às vezes	Não faz
Para a inclusão ou atualização cadastral de forma geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para apurar denúncias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para famílias incluídas em Averiguação Cadastral:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para inclusão ou atualização de dados de famílias com beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para inclusão ou atualização de dados de famílias pertencentes à Grupos Populacionais Tradicionais ou Específicos (GPTEs):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para inclusão ou atualização de dados de famílias que moram em locais de difícil acesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 4 – PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

15. Indique as ações e atividades desenvolvidas pela equipe desta Unidade em relação à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

Para algumas alternativas desta questão entende-se, como manutenção de benefícios, os procedimentos de bloqueios, desbloqueios, cancelamentos e reversões de cancelamento

- Não realiza ações e atividades relacionadas à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família (
- As ações e atividades relacionadas à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família são encaminhadas para o CRAS e/ou outros serviço da rede socioassistencial
- Esclarecimentos individuais de dúvidas sobre regras do Programa (valores de benefícios, regras de concessão, bloqueio, suspensão e cancelamento de benefícios e condicionalidades)
- Ações coletivas para prestar informações às famílias sobre regras do Programa (Reuniões de acolhida, palestra etc.)
- Manutenção de benefícios (bloqueios, desbloqueios, cancelamentos e reversões de cancelamento) diretamente no SIBEC
- Registro das manutenções de benefícios (bloqueios, desbloqueios, cancelamentos e reversões de cancelamento) no Formulário Padrão de Gestão de Benefícios (FPGB) e seu arquivamento
- Solicitação de manutenção de benefícios (bloqueios, desbloqueios, cancelamentos e reversões de cancelamento) pelo módulo de Administração Off-line do SigPBF

BLOCO 5 – OUTRAS ATIVIDADES

16. Qual a relação deste Posto de Cadastro Único com os outros equipamentos da rede socioassistencial? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

- Este posto encaminha as famílias para a rede socioassistencial de referência para inclusão em serviços socioassistenciais (CRAS, CREAS, Centro Pop, outros)
- Este posto encaminha as famílias para a rede socioassistencial de referência para acesso a benefícios eventuais
- Este posto atende famílias para inclusão e atualização cadastral encaminhadas pela rede socioassistencial
- Um profissional da equipe do Cadastro Único deste posto está alocado em outro equipamento socioassistencial para fazer interlocução do Cadastro Único com os programas, serviços e benefícios socioassistenciais;
- Este posto realiza Busca Ativa (cadastramento domiciliar, ações itinerantes, mutirões etc.) em conjunto com a rede socioassistencial;
- Este posto realiza encontro/mutirão de cadastramento de GPTE's
- Este posto não se relaciona com outros equipamentos da rede socioassistencial

BLOCO 6 – GESTÃO DE PESSOAS

17. Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária de cada membro da equipe desta Unidade que realiza atividades relacionadas ao Cadastro Único:

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AA AA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
				Número	Órgão Emissor	UF							
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											

* O número de CPF é obrigatório.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Posto	Carga Horária
0 – Sem Escolaridade (<i>pular “Serviços/Atividades”</i>)	1 – Assistente Social	1 – Comissionado	1 – Apoio Administrativo	1. Até 10 horas semanais
1 – Ensino Fundamental Incompleto (<i>pular “Serviços/Atividades”</i>)	2 – Psicóloga(o)	2 – Empregado Público (CLT)	2 – Coordenador(a)	2. De 11 a 20 horas semanais
2 – Ensino Fundamental Completo (<i>pular “Serviços/Atividades”</i>)	3 – Pedagoga(o)	3 – Outro vínculo não permanente	3 – Educador(a) Social	3. De 21 a 30 horas semanais
3 – Ensino Médio Incompleto (<i>pular “Serviços/Atividades”</i>)	4 – Advogada(o)	4 – Servidor Temporário	4 – Estagiária(o)	4. De 31 a 40 horas semanais
4 – Ensino Médio Completo	5 – Administrador (a)	5 – Servidor/Estatutário	5 – Serviços gerais	5. De 41 a 44 horas semanais
5 – Ensino Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)	6 – Terceirizado	6 – Cadastrador(a)/Entrevistador Social	6. Mais de 44 horas semanais
6 – Ensino Superior Completo	7 – Socióloga(o)	7 – Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços	7 – Técnica(o) de nível superior	
7 – Especialização	8 – Fisioterapeuta	8 – Voluntário	8 – Técnica(o) de nível médio	
8 – Mestrado	9 – Cientista política(o)	9 – Sem vínculo	9 – Outros	
9 – Doutorado	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 – Outra(o) 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, à Função de cada pessoa e a carga horária.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo Posto do Cadastro Único:

Nome: _____

CPF: _____ Data de preenchimento: ____ / ____ / _____

Cargo/Função:

Coordenador(a) do posto Técnica(o) de nível superior do posto Outro

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:

Secretária(o) Municipal de Assistência Social ou congênera
 Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção básica no município.
 Técnica(o) da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênera
 Outros

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

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