



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL - MDS



CENSO SUAS 2017

Centro Dia

MANUAL DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

**Unidades que executam o Serviço de Proteção Social Especial para
Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.**

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.

**RECOMENDA-SE A LEITURA PRÉVIA DESTE MANUAL PARA O
CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

Brasília, 2017.

APRESENTAÇÃO

O Censo SUAS tem a finalidade de coletar informações sobre os padrões dos serviços, programas e projetos de assistência social realizados no âmbito das unidades públicas de assistência social e das entidades e organizações constantes do cadastro da assistência social, bem como sobre a atuação dos Conselhos de Assistência Social, como dispõe o [Decreto 7.334, de 19 de outubro de 2010](#).

Este manual é um guia para o preenchimento correto do questionário eletrônico das Unidades que executam o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, que deve ser preenchido pelos municípios, estados e Distrito Federal.

O período de preenchimento do questionário eletrônico dos Centros Dia pelos municípios/estados se inicia no dia **25 de setembro** e se encerra no dia **17 de novembro**.

Os questionários devem sempre ser preenchidos em papel antes do preenchimento no sistema eletrônico. Dessa maneira, assegura-se que no momento de inserir os dados no sistema eletrônico todas as informações necessárias já tenham sido coletadas e validadas pelos responsáveis.

Para envio das informações ao Ministério, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>.

O MDS recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico. O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município pelo prazo de 5 (cinco) anos.



Atenção!

A senha de acesso para o preenchimento do questionário eletrônico deve ter perfil de usuário **cadsuas.municipio** ou **cadsuas.estado**

Para preencher o questionário eletrônico do CENSO SUAS 2017, os responsáveis devem utilizar o login e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS. Para que o acesso ao questionário eletrônico seja liberado, é necessário que o responsável pelo preenchimento tenha perfil de acesso ao CADSUAS (**cadsuas.municipio** ou **cadsuas.estado**).

Problemas relativos à senha de acesso são solucionados exclusivamente pelo telefone:

0800 707 2003

Caso haja alguma dúvida ou necessidade de apoio ou esclarecimento, comunique-se com a sua Secretaria Estadual de Assistência Social ou congêneres. Para entrar em contato com o Ministério, envie e-mail para vigilanciasocial@mds.gov.br, ou ligue (61) 2030-3118/ 3130/ 3954/ 3026/ 3127, ou ainda pelo 0800 707 2003.

Recomenda-se o uso do navegador Mozilla Firefox para o preenchimento e o envio do questionário eletrônico.

Este questionário deve ser preenchido para as Unidades Não-Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil e para as Unidades Governamentais (exceto CREAS) que ofertem Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias

DESCRIÇÃO RESUMIDA DO SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS.

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. O Serviço deve contar com equipe de profissionais de nível superior e de nível médio (**cuidadores sociais**), específica e habilitada para a prestação deste serviço especializado; espaço físico adequado em localização, tamanho, funcionalidade e acessibilidade; ações pautadas na identificação das necessidades de apoio e cuidados apresentadas pelos usuários e suas famílias e no reconhecimento de potencialidades dos usuários; no respeito e valorização da diversidade; na oferta variada de atividades de cuidados na perspectiva da redução da sobrecarga do estresse de cuidados e cuidadores, em virtude da oferta continuada dos cuidados; do não isolamento social; na ampliação das redes de apoios, convivência, compartilhamentos de cultura, artes, espiritualidade, dentre outras; na construção de autonomias, de vínculos familiares, sociais e comunitários e no fortalecimento do papel protetivo da família; no acesso a serviços essenciais, esporte, cultura e lazer e a benefícios no território; na identificação das situações de risco e de violações de direitos de cuidados e cuidadores e na realização de encaminhamentos para os setores competentes. A partir da identificação das necessidades, deverá ser viabilizado o acesso a benefícios, programas de transferência de renda, serviços de políticas públicas setoriais, atividades culturais e de lazer, sempre priorizando o incentivo à autonomia da dupla “cuidador e dependente”. Soma-se a isso o fato de que os profissionais da equipe poderão identificar demandas do dependente e/ou do cuidador e situações de violência e/ou violação de direitos e acionar os mecanismos necessários para resposta a tais condições. A intervenção será sempre voltada a diminuir a exclusão social tanto do dependente quanto do cuidador, a sobrecarga decorrente da situação de dependência/prestação de cuidados prolongados, bem como a interrupção e superação das violações de direitos que fragilizam a autonomia e intensificam o grau de dependência da pessoa com deficiência ou pessoa idosa.” (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – CNAS 2009)

Para ver a descrição completa do Serviço na Tipificação Nacional, acesse o link abaixo

http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

O Bloco I – Identificação da Unidade no Censo SUAS 2017 será extraído das informações já preenchidas nas abas 'Identificação' e 'Endereço' do Sistema de Cadastro do SUAS (CADSUAS).



Atenção!

Se a Unidade da qual se deseja preencher o questionário do Censo SUAS 2017 já está cadastrada no CADSUAS os dados de identificação já serão exibidos na página inicial do Censo.

Ao cadastrar uma NOVA unidade no CADSUAS, sempre verifique se a mesma já existe no sistema.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS

Nome que identifica a unidade: _____

Informe o nome fantasia pelo qual se identifica esta unidade, por exemplo: Centro Dia jardim.

Observe que:

O nome fantasia é a denominação atribuída a cada unidade a fim de melhor identificá-la, especialmente quando o município possui mais de uma unidade. O nome fantasia pode fazer referência ao bairro e/ou território onde está localizada a unidade.

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

Informe a identificação do endereço, por exemplo: rua, avenida, praça, quadra etc., onde se situa esta unidade.

Endereço _____

Informe o endereço desta unidade, de acordo com o nome da rua, avenida, praça, quadra etc. onde se localiza, conforme endereço de correspondência, considerado pelos Correios e Telégrafos (ECT).

Atenção! EVITAR ABREVIACÕES!

Número: _____

Informe o número referente ao endereço desta unidade.

Complemento: _____

Informe dados complementares sobre o endereço. Caso não exista informação adicional, este campo poderá ser deixado em branco. O complemento refere-se a alguma informação adicional relativa ao endereço que seja importante informar para melhor localização da Unidade.

Bairro: _____

Informe o bairro no qual está situada a unidade.

***Para o Distrito Federal no campo Bairro deve ser informada a Região Administrativa na qual está localizada a unidade, ainda que este referencie mais de uma Região Administrativa.**

CEP: _____

Informe o Código de Endereçamento Postal desta unidade, no seguinte formato nn.nnn-xxx (70.788-090, por exemplo).

Município: _____

Selecione o município no qual está situada esta unidade.

***Para o Distrito Federal:** neste campo deve ser selecionada a opção Brasília, independentemente da Região Administrativa na qual está localizada a unidade.

UF: _____

Selecione a Unidade Federada na qual se situa esta unidade.

E-mail: _____

Informe o endereço eletrônico desta unidade. Se esta unidade não possuir um endereço eletrônico, informe o e-mail da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres, ou, ainda, o da Prefeitura Municipal. O e-mail informado deve ser institucional. Apenas na ausência deste pode ser informado e-mail particular.

DDD- Telefone |_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_| **Ramal:** |_|_|_|_|_|

Informe o número do telefone desta unidade, no seguinte formato: DDD com 02 (dois) dígitos e número do telefone com 08 (oito) dígitos. Por exemplo: (61) 3433-8783. Caso nesta unidade não exista telefone, informe o da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congêneres, ou, ainda, o da Prefeitura Municipal. Caso nesta unidade exista mais de um telefone, indique no campo específico o ramal que possa ser contatado.

Fax: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Informe o número do fax desta unidade, caso o mesmo o possua.

Data de implantação desta Unidade: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (dd/mm/aaaa)

Informe a data em que foi iniciado o funcionamento desta unidade, indicando o dia, o mês e o ano em que unidade iniciou a oferta do serviço.



Atenção!

Considere início do funcionamento a data na qual foram iniciados os atendimentos para o Serviço.

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

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

Identifique o responsável pela gestão e manutenção da unidade. A resposta desta pergunta é migrada automaticamente quando os dados são atualizados no CadSuas, que identifica através do cpf do usuário, se o mesmo pertence a gestão municipal ou a gestão estadual. Caso esta informação esteja errada no sistema, entre em contato pelo vigilanciasocial@mds.gov.br.

Estadual

A opção “Estadual” indica que o governo estadual é o responsável pelo funcionamento da unidade.

Municipal

A opção “Municipal” indica que o governo municipal é o responsável pelo funcionamento da unidade.



Atenção!

Estes dados serão carregados automaticamente do CadSUAS. Caso necessário, atualize os dados no CADSUAS.

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

Indique o público atendido pela unidade. Estes dados são carregados do CadSUAS. Caso necessário, atualize essas informações neste cadastro. Este registro refere-se a oferta da unidade, isto é, se a unidade tem capacidade para atender este público. Se recebe este público, caso haja demanda, mesmo que no momento do preenchimento não haja atendimento a este público.

- Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência;
- Adultos com deficiência e com algum grau de dependência; -
- Idosos com deficiência;
- Idosos com algum grau de dependência (sem deficiência).

3. Horário de funcionamento:

Indique quantos dias na semana e horas por dia esta unidade funciona regularmente.

dias por semana *(seleção)*

Indique quantos dias por semana este Centro Dia oferta o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Caso oferte durante os cinco dias da semana, mas eventualmente ou apenas uma vez por mês desenvolve alguma atividade no sábado ou domingo, deve ser preenchido que o Centro Dia oferta o serviço 5 dias por semana.



Atenção!

Indique a quantidade de dias em que a unidade efetivamente funciona e realiza atendimentos.

horas por dia *(seleção)*

Indique quantas horas por dia este Centro Dia oferta o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Caso seja horário diversificado, calcular a média de funcionamento diário.

EXEMPLO: Se o Centro Dia oferta o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias durante 7 horas por dia, de segunda a sexta e 5 horas no sábado, é preciso calcular a média de funcionamento diário, ou seja, 40 horas dividido por 6 (dias por semana), o que resulta no funcionamento diário de 6,66 horas diárias. Como não é possível incluir números decimais, então é necessário arredondar o resultado. Se o resultado da média ficar entre 0.1 e 0.4, arredonda-se para baixo; e caso o resultado fique entre 0.5 e 0.9 deve-se arredondar para cima. Neste caso, considerar 7 horas diárias.

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

Esta questão deve sinalizar a natureza da unidade. As informações desta questão são vinculadas ao CadSUAS e são migradas automaticamente. Em caso de erro, corrija no CADSUAS.

Governamental *(pule para questão 11)*

Esta opção deve ser marcada se a unidade for governamental, neste caso Centros Dia. Caso marque esta opção, pule para a questão 11.

Não governamental/ Organização da Sociedade Civil.

Esta opção deve ser preenchida por unidades de assistência social que executam o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.

Caso marque esta opção, a entidade deve responder o questionário da questão 05 até a questão 10.



As unidades que possuem inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social devem responder. (Resolução CNAS 14/2014). No entanto, se há oferta do Serviço, mesmo que sem inscrição, este também deve ser preenchido.

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

Nesta questão deve ser informado o número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) da Entidade. Preencha o CNPJ da entidade local.



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.**

Caso se trate de uma Unidade Governamental, essa questão deve ser deixada em branco.



CNPJ: |_|_|.|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (caso necessário, atualize no CADSUAS)

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



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.**

Caso se trate de uma Unidade Governamental, essa questão deve ser deixada em branco.

Indique se a unidade participa de alguma rede ou federação de entidades que atuam na defesa e apoio às pessoas com deficiência, composta por APAE, Pestalozzi, Associações, Federações, entre outras organizações:

Sim Não *(pule para a questão 8)*

7. Caso sim, informe qual: *(marcação única)*



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.**

Caso se trate de uma Unidade Governamental, essa questão deve ser deixada em branco.

Indique qual federação ou rede a unidade faz parte. É importante notar que Conselhos de Direitos/Políticas Estaduais, Municipais ou Nacionais não se enquadram no conceito de federações/redes, sobre os quais essa questão se refere. Há uma questão específica sobre Conselhos ao longo do questionário.

Federação Nacional e/ou Estadual de APAES

A Federação Nacional das APAEs é uma associação civil, filantrópica, de caráter educacional, cultural, assistencial, de saúde, de estudo e pesquisa, desportivo e outros, sem fins lucrativos, com duração indeterminada, congregando, como filiadas, as Federações das APAEs dos Estados, as APAEs e outras entidades análogas, tendo sede e foro em Brasília, Distrito Federal.

Federação de Nacional e/ou Estadual de Associações Pestalozzi

Movimento voltado para o desenvolvimento de programas, projetos, serviços e ações de defesa e garantia de direitos destinados às pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e funcionais e pessoas com altas habilidades/superdotação e seus familiares.

Federação Brasileira das Instituições de Excepcionais (FEBIEX)

Organização social quem congrega entidades que assistem pessoas com deficiência.

Associação Brasileira de Autismo

Entidade civil sem fins lucrativos. Originalmente destinada a congregar Associações de Pais e Amigos de Autistas, hoje tem por finalidade a integração, coordenação e representação, em nível nacional e internacional, das entidades voltadas para a atenção das pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

Federação Nacional de Pais e Amigos dos Surdos

Entidade filantrópica, de cunho civil e sem fins lucrativos, tem por objetivo a defesa e a luta dos direitos da Comunidade Surda Brasileira.

Organização Nacional dos Cegos

Organização Não-Governamental e sem fins lucrativos que trabalha articulando suas Entidades afiliadas por todo o território nacional, com o objetivo de dar-lhes estrutura e representatividade política, além de apoio técnico, social e pedagógico.

Caso tenha optado por uma das alternativas acima não é necessário incluí-las na opção “Outros” e “Qual”. Utilize apenas para identificar redes/federações nacionais, estaduais ou regionais não identificadas nas opções anteriores.

Outras. Qual: _____



Evitar abreviações ao preencher o campo **Qual:** _____.

8. A entidade recebe recursos financeiros do poder público visando à manutenção do Serviço?
(resposta Única)



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.**

Caso se trate de uma Unidade Governamental, essa questão deve ser deixada em branco.

Sim, municipal ou Distrito Federal

Assinale “Sim” caso a entidade receba recursos financeiros do Governo Municipal para a manutenção da Unidade.

Sim, estadual

Assinale “Sim” caso a entidade receba recursos financeiros do Governo Estadual para a manutenção da Unidade.

Sim, municipal e estadual

Assinale “Sim” caso a entidade receba recursos financeiros tanto do Governo Municipal quanto do Governo Estadual para a manutenção da Unidade.

Não

Assinale “Não” caso a entidade **NÃO RECEBA NENHUM** tipo de recurso financeiro, seja do Governo Municipal quanto do Governo Estadual, para a manutenção da Unidade.

9. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público municipal ou estadual ou 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/ Termo de parceria)



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.**

Caso se trate de uma Unidade Governamental, essa questão deve ser deixada em branco.

Só devem ser assinalados os itens que corresponderem a apoio ofertado diretamente, e não por meio de convênio ou repasse de recursos financeiros para a manutenção da Unidade (nesse caso, deverá ser assinalado “Sim” na questão anterior).

Exemplo: Se a Entidade tem convênio/ termo de parceria com o Governo Municipal e recebe, mensalmente ou anualmente, recursos financeiros e esse dinheiro é utilizado para a aquisição de gêneros alimentícios, **NÃO** deve ser assinalado esse item nesta questão.

Já no caso da Prefeitura/Secretaria Municipal fornecer diretamente os gêneros alimentícios, deve-se assinalar a opção correspondente.

Não recebe nenhuma outra forma de apoio do poder público municipal ou estadual *(siga para a questão 10)*

Esta opção deve ser marcada em dois casos. No primeiro se a entidade não tem convênio/ termo de parceria com o poder público, e não recebe deste apoio direto, por exemplo em forma de doações. A segunda opção se a entidade **tem** convênio/ termo de parceria e não recebe apoio direto do poder público. Caso essa opção seja marcada, **NENHUMA** das demais opções abaixo deverá ser marcada.

Cessão de recursos humanos

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual ceda profissionais para trabalhar na Unidade. Não se enquadra nesse item a participação esporádica de profissionais da prefeitura em reuniões, estudo de caso, discussão de encaminhamento, nem o trabalho de supervisão e/ou fiscalização da entidade.

Cessão imobiliária

Assinale essa opção caso a Unidade funcione em imóvel cedido gratuitamente pelo poder público municipal ou estadual para o funcionamento da entidade.

Pagamento de aluguel

Assinale essa opção caso o aluguel do imóvel onde funciona a entidade seja pago pelo poder público municipal ou estadual.

Pagamento de contas de água

Assinale essa opção caso o pagamento de contas de água do imóvel onde funciona a entidade seja pago diretamente pelo poder público municipal ou estadual.

Pagamento de contas de luz ou telefone

Assinale essa opção caso o pagamento de contas de luz ou telefone do imóvel onde funciona a entidade seja pago diretamente pelo poder público municipal ou estadual.

Fornecimento de gêneros alimentícios

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual seja o responsável pelo fornecimento de gêneros alimentícios para a entidade.

Fornecimento de materiais de higiene e limpeza

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual seja o responsável pelo fornecimento de materiais de higiene e limpeza para a entidade.

Fornecimento de materiais pedagógicos, culturais, esportivos e outros

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual seja o responsável pelo fornecimento de materiais pedagógicos, culturais, esportivos e outros para a entidade.

Isenção de taxas ou tributos municipais

Assinale essa opção caso a entidade usufrua de alguma isenção de taxa ou tributo municipal ou estadual.

Treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual ofereça, direta ou indiretamente, treinamento e/ou capacitação para trabalhadores da entidade. Deve ser marcada essa opção, tanto nos casos onde a prefeitura / secretaria promova diretamente eventos de treinamento/capacitação dos quais participem trabalhadores da entidade, quanto no caso do poder público municipal ou estadual propiciar a participação de trabalhadores da entidade em eventos de capacitação/cursos ofertados por outras entidades/órgãos (ONGs, Universidades, Sistema S, etc)

Outros

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual ofereça outro tipo de apoio direto, que não esteja mencionado nas opções anteriores.

10. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) esta Unidade possui inscrição: (admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)



Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.**

Indique os Conselhos nos quais a Unidade/Serviço possui inscrição. Esta questão admite resposta múltipla.

Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal de Assistência Social

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição no Conselho de Assistência Social.

Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal de Direitos da Criança e Adolescente

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente.

Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal dos Direitos do Idoso.

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição no Conselho do Idoso

Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal dos Direitos da Pessoa com Deficiência

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição no Conselho da Pessoa com Deficiência

Outros. Qual? _____

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição em algum outro conselho não citado nas alternativas anteriores. Caso tenha, preencher o nome do Conselho na opção "Quais".



Evitar abreviações ao preencher o campo **Qual:** _____.

Em nenhum dos citados acima

Assinale essa opção caso a entidade não possua inscrição em nenhum conselho.

11. Esta unidade está referenciada a um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)?

Indique se a unidade está referenciada a um CREAS. Caso sim, informe

Sim. Qual? Número de Identificação |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Não (pule para a questão 13)

Atenção!

O Número de identificação do CREAS ou IDCREAS é o número que a unidade possui no CadSUAS.

É possível obter o número identificador da unidade do CRAS, através da Consulta Pública do [CADSUAS](http://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas). É só acessar o link: <http://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas/>, marcar a UF, município e tipo de unidade.

Atenção!

Referenciamento é o processo obrigatório pelo qual os serviços socioassistenciais, ofertado por unidades públicas ou privadas, mantêm relação com a unidade de referência da respectiva proteção social (básica ou especial). No caso da proteção social especial de média complexidade, o CREAS é a unidade de referência. Isso significa que os serviços deverão receber as orientações do CREAS, estabelecer compromissos e fluxos de trabalho.

O número Identificador da unidade CREAS é gerado pelo CadSuas, quando inserido pela primeira vez. O número identificador do CREAS pode ser solicitado à gestão municipal, ao coordenador do CREAS, ou, então, consultado de forma pública através do seguinte link:

<http://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas/visualizarConsultaExterna.html>

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)

Indique todas as atividades de referenciamento realizadas pelo CREAS que referencia este Centro DIA. Se o CREAS não realizar nenhuma das atividades elencadas abaixo, marque a última opção (Não realiza nenhuma das atividades acima).

- 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**
- 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 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**
- Não realiza nenhuma das atividades acima**

BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICA

13. Situação do imóvel onde se localiza a Unidade/Serviço: *(Resposta única)*

Próprio

Refere-se ao imóvel que possui escritura/registro em nome da Prefeitura Municipal, Governo do Distrito Federal, Governo do Estado ou da Entidade que executa o serviço.

Alugado

Refere-se ao imóvel que possui contrato de locação em nome da Prefeitura Municipal, Governo do Distrito Federal, Governo do Estado ou da Entidade que executa o serviço.

Cedido

Refere-se ao imóvel público ou privado cedido à Prefeitura Municipal ou a Entidade, sem ônus, exceto despesa de manutenção.

Outro

Refere-se a outros tipos de situações de imóveis que não se classificam nas situações descritas anteriormente.

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

Em caso de compartilhamento, indique os espaços físicos existentes e utilizados especificamente pelo Centro Dia.



Atenção!

É obrigatório preencher todos os campos, mesmo que seja com o numeral “zero”.
Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço.

Para responder esta questão observe que:


É necessário quantificar as salas e banheiros que o Centro Dia possui. A indicação do número de salas de atendimento deve ser realizada a partir de avaliação prévia da capacidade de cada uma (capacidade máxima para o atendimento de 5 pessoas, de 6 a 14 pessoas, de 15 a 30 pessoas ou sala com capacidade superior a 30 pessoas).



No caso dos banheiros, é preciso contar apenas os cômodos que são usados como banheiros (independentemente da quantidade de divisórias ou vasos sanitários que existam em cada banheiro).

EXEMPLO: Preenchimento da primeira parte da questão 14.

Se o Centro Dia possui 5 salas com capacidade máxima para o atendimento de 5 pessoas; nenhuma com capacidade de 6 a 14 pessoas; 1 sala com capacidade de 15 a 29 pessoas; 1 salão com capacidade superior a 29 pessoas; 1 sala para as atividades da coordenação e equipe técnica; 2 banheiros exclusivos para os trabalhadores; 4 banheiros à disposição dos usuários. O quadro deve ser preenchido da seguinte forma:

Salas utilizadas para atividades com os usuários	Quantidade
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	_0_ _5_
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	_0_ _0_
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas	_0_ _1_
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	_0_ _1_
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração	
Quantidade de salas <i>(Atenção! Não são salas utilizadas para atendimento!)</i>	_0_ _1_
Banheiros de uso exclusivo dos trabalhadores	
0 _2_	
Em relação ao quantitativo de banheiros, é necessário especificar o número de uso exclusivo da equipe de profissionais da Unidade. No exemplo acima, são dois banheiros exclusivos.	
 Se não houver banheiro exclusivo para a equipe, marque "0" (zero).	
Banheiros para uso dos usuários	
0 _4_	
Preencha o número total de banheiros existentes para utilização dos(as) usuários(as).	

EXEMPLO: Preenchimento da segunda parte da questão 14.

Nas questões referentes aos **Demais Ambientes** da unidade, basta indicar sua existência ou não.

Se o Centro Dia possui recepção (antessala, destinada à espera e ao primeiro acolhimento das famílias/indivíduos); cozinha/copa, refeitório, almoxarifado, mas não tem espaço externo para atividades de convívio ou área para descanso dos usuários, então o quadro deve ser preenchido da seguinte forma:

Demais Ambientes	Possui?	
Recepção	x Sim	__ Não
Cozinha/Copa	x Sim	__ Não
Refeitório	x Sim	__ Não
Almoxarifado ou similar	x Sim	__ Não
Piscina	__ Sim	x Não
Quadra esportiva	__ Sim	x Não
Espaço externo para atividades de convívio ou recreação <i>(exceto quadra e piscina)</i>	__ Sim	x Não
Área de Descanso para o usuário	__ Sim	x Não

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

Indique se os espaços físicos desta unidade possuem condições de acessibilidade para pessoas idosas ou pessoa com deficiência, e se estes estão em conformidade ou não com a [NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas \(ABNT\)](#) que trata da “acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos” (NBR 9050).



Acessibilidade é a possibilidade de acesso a todas as pessoas ao meio edificado, à via pública, aos transportes e às tecnologias de informação e comunicação, com o máximo possível de autonomia e de usabilidade.

OBS 1: A opção “Sim, de acordo com a Norma da ABNT” deve ser assinalada apenas se as adaptações existentes atenderem às exigências da Norma especificada.

OBS 2: A opção “Sim, mas não estão de acordo com a Norma da ABNT” deve ser assinalada no caso da unidade possuir acessibilidade mas não em conformidade com a Norma, desde que adequadas para garantir o acesso e a participação da pessoa idosa ou com deficiência nas atividades desenvolvidas.

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos espaços da Unidade (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 e/ou mobilidade reduzida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta unidade? (Admite múltiplas respostas)

Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS

Libras é a língua brasileira de sinais (sistema linguístico de natureza visual-motora, língua gestual) utilizada por pessoas surdas, reconhecida como meio legal de comunicação e expressão pela Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Marque essa opção se a unidade possui profissional com conhecimento em Libras, apto a interpretar e traduzir a linguagem de sinais.

Sim, suporte de material em Braille.

Marque essa opção se a unidade possui material em Braille, tais como livros, placas ou avisos. Braille é um sistema de leitura tátil para pessoas cegas ou com baixa visão.

Sim, suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual.

Marque este item se a Unidade possui leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual. O leitor de

tela para deficientes visuais são softwares de leitura de tela que transformam informações visuais de computador em áudio, ou seja, o software de leitura de tela traduz as informações mostradas na tela do computador em material sonoro, indicando o que é mostrado no computador e avisando o usuário sobre suas interações e ações no ambiente.

Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência física.

Qual? _____

Tem sido utilizado para referir-se a todo o conjunto de produtos especiais e outros recursos que, de alguma maneira contribui para tornar viável uma vida independente para as pessoas com deficiência física.

Dispositivos para Utilização de Computadores: Existem recursos para recepção e emissão de mensagens, acessos alternativos, teclados e mouses adaptados, que permitem a pessoas com deficiências físicas operar computadores.

Adaptações Estruturais: São dispositivos que reduzem ou eliminam barreiras arquitetônicas, como por exemplo rampas, elevadores, entre outros.

Adequação da Postura: Adaptações para cadeira de rodas ou outro sistema de sentar visando o conforto e distribuição adequada da pressão na superfície da pele (almofadas especiais, assentos e encostos anatômicos), bem como posicionadores e contentores que propiciam maior estabilidade e postura adequada do corpo através do suporte e posicionamento de tronco/cabeça/membros.

Adaptações para Déficits Visuais e Auditivos: São lentes de aumento, telas aumentadas, sistemas de alerta visuais, amplificadores e outros.

Equipamentos para a Mobilidade: São as cadeiras de rodas e outros equipamentos de mobilidade, como andadores, bengalas, muletas e acessórios.

Adaptações em Veículos: Incluem as modificações em veículos para a direção segura, sistemas para acesso e saída do veículo, como elevadores de plataforma ou dobráveis, plataformas rotativas, plataformas sob o veículo, guindastes, tábuas de transferência, correias e barras.



Evitar abreviações ao preencher o campo **Qual:** _____.

Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência intelectual e autismo.

Qual? _____

Marque este item se a Unidade possui outras adaptações e tecnologias assistivas para pessoas com deficiência intelectual e autismo, como instrumentos que estimulam o ensino/aprendizado dos usuários como softwares, aplicativos ou outros recursos pedagógicos.



Evitar abreviações ao preencher o campo **Qual:** _____.

Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados pessoa com deficiência visual.

Marque este item se a Unidade possui pisos especiais com relevos para sinalização voltados para pessoa com deficiência visual. **Não há outras adaptações.**

Marque essa opção se a unidade não possui adaptações ou tecnologias assistivas.



Atenção!

Tecnologias assistivas são também conhecidas como: "uma ampla gama de equipamentos, serviços, estratégias e práticas concebidas e aplicadas para minorar os problemas encontrados pelos indivíduos com deficiências" (COOK, A. M., HUSSEY, S. M. *Assistive Technologies: Principles and Practices*. St. Louis, Missouri. Mosby-Year Book, 1995.).

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

Equipamentos e materiais são os objetos utilizados por uma unidade para a realização de suas tarefas, atividades e cumprimento de suas funções. Informe quais os equipamentos e materiais a unidade possui em perfeito funcionamento e estão disponíveis no local de realização das atividades para o uso da equipe técnica e administrativa. Equipamento em más condições, que não permitem seu uso, não devem ser contabilizados.

- Telefone uso exclusivo
- Telefone uso compartilhado
- Impressora
- Televisão (TV)
- Equipamento de som
- DVD
- Datashow
- Veículo de uso exclusivo
- Veículo de uso compartilhado
- 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. Quantidade? |_|_|
- Sofás/ poltronas/ Cadeiras

BLOCO 4 – SERVIÇOS E ATIVIDADES

18. 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 escolhas)

Indique todas as ações e atividades que são desenvolvidas nesta unidade pelo Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e sua Famílias.



Atenção!

Assinalar somente as ações e atividades desenvolvidas no espaço físico da unidade, pela sua equipe de referência.

Acolhida e escuta inicial

Consiste no atendimento inicial e na escuta qualificada das necessidades e demandas trazidas pelo indivíduo ou família, realizada por profissional da unidade. Tem como objetivo compreender as demandas apresentadas pelas famílias e indivíduos, conhecer suas expectativas e iniciar a construção de vínculo de confiança para o desenvolvimento do acompanhamento socioassistencial.

Estudo social

Consiste em estudo realizado por profissional da equipe técnica da unidade com o objetivo de conhecer a trajetória de vida de cada usuário, identificar demandas e possibilidades para o trabalho a ser desenvolvido, encaminhamentos necessários, inclusive para acesso a serviços e benefícios. O estudo social parte de um conjunto de informações obtidas por meio de entrevistas, visitas domiciliares e institucionais e demais contatos. O estudo social envolve também uma análise interpretativa das informações obtidas, bem como uma proposta de intervenção na situação específica do usuário e um parecer. As informações mais relevantes do estudo devem ser registradas em instrumentais apropriados (fichas cadastrais, bancos de dados, prontuários etc.), observada a questão ética.

Orientação sobre acesso ao BPC

Atenção! Somente é possível afirmar que há um processo de orientação para inserção de pessoas no BPC, se já houve o estabelecimento de fluxos entre a Secretaria de Assistência Social (ou congêneres) e as agências do INSS e se a equipe do Centro Dia conhece e alimenta esse fluxo. O acompanhamento pressupõe que a equipe do Centro Dia esteja informada sobre a concessão ou não do benefício a cada família e da atualização das informações.

Orientação sobre o acesso a outros benefícios

A partir da identificação das necessidades, deverá ser viabilizado o acesso a benefícios e programas de transferência de renda, sempre priorizando o incentivo à autonomia da dupla “cuidador e pessoa cuidada”.

Orientação e apoio para obtenção de documentação pessoal

Assinale esta opção se esta unidade realiza o apoio para obtenção de documentação pessoal aos usuários. Esta ação consiste na orientação e no estabelecimento de fluxos e sistemáticas de encaminhamento de indivíduos para os órgãos responsáveis pela emissão de documentação pessoal.

Orientação para realização de cadastro no CadÚnico

Assinale esta opção se esta unidade orienta os usuários para realização do Cadastro Único. *O Cadastro Único para Programas Sociais - CadÚnico é instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda, a ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários e integração de programas sociais do Governo Federal voltados ao atendimento desse público* ([Decreto 6.135, de 26 de junho de 2007](#)).

Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar

Assinale esta opção se nesta unidade é realizada a elaboração do Plano de Acompanhamento Individual ou Familiar às famílias e indivíduos em acompanhamento. Esta ação consiste em um conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma continuada, a partir do estabelecimento de compromissos entre o indivíduo ou a família e profissionais. Nesse instrumento, faz-se necessário o apontamento de objetivos, estratégias e recursos que possam contribuir para o trabalho social, considerando as particularidades e o protagonismo de cada indivíduo e sua família.

Oficinas e atividades coletivas de convívio e socialização

São ações participativas, cujo objetivo é ampliar o universo informacional, cultural e social dos usuários, visando à construção coletiva de conhecimentos e ações. As oficinas devem oportunizar espaços de expressão, troca de experiências, discussão e reflexão, descoberta e intensificação de recursos e potencialidades, além do fortalecimento da autoestima e identidade.

**Atenção!**

Nas opções que envolverem o conceito de “**encaminhamento**”, considere que:
Encaminhamento é o processo de orientação do usuário para acesso a um serviço ou direito, comunicação do órgão responsável pela outra política da necessidade de atendimento do usuário, oferta de um documento oficial de encaminhamento e o acompanhamento junto à rede e ao usuário da efetivação do atendimento.

 Encaminhamento para a rede de serviços socioassistenciais

Assinale esta opção se este Centro dia realiza encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviços socioassistenciais. Isto consiste no estabelecimento de fluxos e sistemáticas de encaminhamentos de famílias ou indivíduos para o efetivo atendimento das demandas dos usuários do SUAS, por meio da articulação do Centro dia com outras unidades da rede de serviço socioassistencial, tanto da Proteção Social Básica, quanto da Proteção Social Especial, consolidando, assim, a rede de proteção socioassistencial para as famílias.

 Encaminhamento para os serviços da rede de saúde

Consiste no encaminhamento de famílias/indivíduos para serviços da rede de saúde, de acordo com a demanda e necessidade identificada. Pode ser realizado a partir de fluxos previamente estabelecidos ou não.

 Encaminhamento para política de educação

Consiste no encaminhamento de famílias/indivíduos para serviços da rede de educação, de acordo com a demanda e necessidade identificada. Pode ser realizado a partir de fluxos previamente estabelecidos ou não. Pode ser para educação de jovens e adultos, educação infantil, ensino fundamental ou médio, ou qualquer outra modalidade de ensino que pertença a rede de ensino.

 Encaminhamento para serviços/Unidades das demais políticas públicas

Assinale esta opção se este Centro dia realiza encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas. Esta ação consiste no estabelecimento de fluxos e sistemáticas de encaminhamento de famílias ou indivíduos para o efetivo atendimento das demandas dos usuários do SUAS, por meio da articulação do Centro dia com serviços de outras políticas públicas setoriais do município, tais como postos de documentação, centros de qualificação profissional, etc., possibilitando maior acesso das famílias referenciadas ao Centro dia aos direitos sociais.

 Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)

Consiste no encaminhamento de famílias/indivíduos aos órgãos de defesa e responsabilização, tais como: Vara da Infância e da Juventude, Centro de Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes, Defensoria Pública, Vara de Família, Vara de Execuções Criminais, Ministério Público, Delegacias, Delegacias Especializadas e outros. Pode ser realizado a partir de fluxos previamente estabelecidos ou não.

 Acompanhamento dos usuários encaminhados para a rede

Consiste no acompanhamento/monitoramento dos encaminhamentos realizados pela equipe da unidade, de forma a efetivar seu papel de proteção e atendimento a indivíduos com algum grau de dependência e suas famílias, que demandam atendimento na rede. Pressupõe contatos sistemáticos com os atores da rede para acompanhar os encaminhamentos realizados, tendo em vista a importância de um trabalho conjunto e efetivo com indivíduos e famílias, a partir das demandas identificadas

 Registro de informações em prontuário

Assinale esta opção se nesta unidade é realizado o registro do acompanhamento realizado com os indivíduos e as famílias em Prontuário. A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais aponta que a utilização de prontuário é requisito essencial para o trabalho social com famílias no âmbito do SUAS. O registro sistemático de informações em prontuário representa um indicador de qualidade do serviço ofertado, além de se constituir como um instrumento técnico para respaldo ético e legal dos profissionais responsáveis pelo serviço ofertado e para a família e indivíduos atendidos.

Elaboração de relatórios sobre casos em acompanhamento

Consiste na elaboração de relatórios sobre casos que estejam em acompanhamento na unidade, seja para uso no âmbito do próprio serviço ou unidade, seja para atender solicitações do Poder Judiciário, Ministério Público, Serviços de Saúde ou de outros atores da rede. O relatório pode ter, ainda, a função de comunicar a outros atores, como Conselho Tutelar e Poder Judiciário, condições verificadas ao longo do acompanhamento que requeiram uma avaliação por parte dos mesmos.

Visitas Domiciliares

Assinale esta opção se os técnicos que ofertam o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias realizam visitas domiciliares. A visita domiciliar possibilita aos técnicos conhecer a realidade dos territórios, as formas de convivência comunitária, os arranjos familiares. Além de permitir o aprofundamento de intervenções que nem sempre são possíveis coletivamente, como é o caso de mobilização das redes sociais de apoio à família. A visita domiciliar deve ser realizada com o consentimento da família. Sugere-se, para facilitar o desenvolvimento do processo de comunicação, o estabelecimento, sempre que possível, de um contato prévio entre os profissionais e a família e o agendamento da visita domiciliar.

Atividades com a família do usuário

Assinale esta opção se nesta unidade são realizadas atividades com a família do usuário. Essas atividades visam à orientação às famílias sobre cuidados, sobre o apoio às famílias e aos cuidadores familiares na diminuição do estresse decorrente dos cuidados prolongados na família.

Mobilização dos usuários para acesso ao serviço

Trata-se de ações de disseminação e divulgação sobre as ofertas e a forma de atendimento ofertado na unidade. Nesta ação o público alvo, indivíduos ou famílias com presença de pessoas com algum grau de dependência, são mobilizados para conhecer as atividades ofertadas na unidade.

Apoio e orientação aos cuidadores familiares

Esta atividade oferece apoio aos cuidadores familiares para viabilizar a conciliação dos papéis sociais de cuidadores com o desenvolvimento de projetos pessoais, estudos, trabalho e convivência com os demais integrantes da família.

Orientação sobre tecnologias assistivas

Assinale esta opção no caso da unidade realizar atividades de orientação sobre as tecnologias assistivas existentes, incluindo indicação sobre os locais em que os usuários podem obter esses recursos.

Orientação e apoio nos autocuidados

Assinale esta opção caso a unidade ofereça, no âmbito do serviço, apoio prático aos usuários para a realização das ações diárias de autocuidados, tais como alimentação, limpeza íntima, troca de roupas, e para as demais atividades cotidianas.

Palestras e Oficinas envolvendo a comunidade

Assinale esta opção se esta unidade realiza palestras e oficinas envolvendo a comunidade. Esta ação consiste em exposições orais e/ou audiovisuais a respeito de um tema, conforme expectativas e necessidades de um grupo de famílias, seus membros ou a um grupo de pessoas na comunidade, com objetivo de sensibilizar e mobilizar para alguma questão ou para divulgar e incentivar a participação em outras atividades socioassistenciais e socioeducativas.

Provimento de bens materiais

Assinale esta opção caso a unidade distribua entre os usuários materiais diversos, tais como: equipamentos de tecnologia assistiva, cadeiras de rodas, fraldas, entre outros.

19. Além das atividades acima descritas, informe quais das demais atividades abaixo descritas são realizadas nesta unidade (considerar apenas o que for realizado no próprio local desta unidade): *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

Sinalize, dentre as opções abaixo as atividades que são oferecidas aos usuários na unidade.

- 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
- Atividades Esportivas
- Atividades Artísticas e Culturais (musicalização, entre outros)
- Artesanato
- Provisão de órteses e próteses

Assinale esta opção caso a unidade distribua órteses e próteses para os usuários. Próteses são dispositivos permanentes ou transitórios que substituem total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Órteses são dispositivos permanentes ou transitórios, utilizados para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais.

Outras atividades.

Quais? _____

Atenção! Evite abreviações e detalhe o máximo possível.

Nenhuma das atividades acima

20. A unidade possui Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento para cada usuário?

Sim Não *(pule para a questão 23)*

Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento (PIA):

Consiste na elaboração de um plano de acompanhamento para cada indivíduo/família elaborado de forma participativa pela equipe técnica interdisciplinar do Centro Dia, famílias/indivíduos atendidos e outros atores da rede que sejam relevantes em cada caso.

O Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento- PIA tem como objetivo orientar o trabalho de intervenção durante o período de acompanhamento.

Deve basear-se em um levantamento das particularidades, potencialidades e necessidades específicas de cada caso e delinear estratégias para o seu atendimento. Deve partir de um diagnóstico de demandas e possibilidades, objetivando construir propósitos para o desenvolvimento do acompanhamento socioassistencial conforme a situação indicar. O PIA deverá indicar, dentre outros aspectos, a composição familiar da/s pessoas/s acompanhada/s, os vínculos estabelecidos, a trajetória e dinâmica de vida, redes sociais, recursos do grupo e do território onde vivem, dentre outros aspectos. Devem constar do PIA objetivos, estratégias e ações a serem desenvolvidos tendo em vista o atendimento das necessidades específicas de cada situação. Este plano deve, ainda, prever estratégias para o acesso aos demais serviços da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e dos órgãos de defesa de direitos, inclusive com o estabelecimento de metas pactuadas para a atuação de cada ator. Neste plano devem estar previstos meios para a superação do isolamento social, e o acesso aos demais serviços da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e dos órgãos de defesa de direitos.

Atenção: Caso a unidade não elabore Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento (PIA) de cada pessoa acompanhada, assinale a opção “Não” nessa questão e pule para a questão Nº23.

21. Caso possua Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento, quais são os itens que compõem este instrumento? (Admite múltiplas respostas).

Identificação e perfil do usuário

Trata-se de um conjunto de informações pessoais, como nome, data de nascimento, sexo, filiação, entre outras.

Informações sobre as deficiências e grau de dependência do usuário

Consiste no registro das informações acerca de qual(is) a(s) deficiência(s) do usuário e em que medida (grau de dependência) ele depende de outras pessoas para realizar tarefas diversas tais como banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, mobilizar-se da cama para a cadeira, alimentar-se, entre outras.

Identificação e perfil da família

Se refere à construção de um perfil da família, informações sobre o relacionamento intrafamiliar do usuário, entre outras informações que ajudem a compreender a situação familiar da pessoa atendida no Serviço;

Caraterísticas socioeconômicas do usuário e sua família (renda, condições de moradia, trabalho, etc.)

Consiste em um conjunto de informações que permitam caracterizar socioeconomicamente a família do usuário.

Identificação e perfil das condições de cuidados familiares do usuário

Consiste em um conjunto de informações que descrevem a participação da família no provimento dos cuidados às usuárias e usuários. Informações que permitam identificar as pessoas responsáveis pelo cuidado do usuário na residência, como esses cuidados estão organizados, entre outras informações.

Habilidades e capacidades para cuidar e ser cuidado

Descreve as condições e capacidades da pessoa com deficiência e/ou idosa em exercer atividades de cuidado, tais como exercer atividades diárias, como vestir-se, comer, realizar a higiene pessoal, locomover-se, entre outras. Além das possibilidades de se prover apoios voltados para o desenvolvimento pessoal e social da pessoa com deficiência e/ou idosa.

Serviços frequentados pelo usuário no território

Consiste no registro dos serviços frequentados pela pessoa com deficiência e/ou idosos no bairro/cidade/região onde ele reside. Esses serviços podem ser na área da saúde, educação, trabalho, cultura, entre outros.

Potencialidades e características da rede de atenção e apoio no território

Consiste em uma série de informações que permitem descrever diversas potencialidades da comunidade enquanto uma rede de apoio para o usuário, de forma a construir um diagnóstico que permita pensar em estratégias para a integração e a participação do indivíduo no seu entorno.

Pactuações entre o serviços, usuários e/ou família sobre o período de permanência do usuário no serviço (turno/dia/semana/mês)

Consiste em um conjunto de informações que descrevem os acordos realizados com as famílias e cuidadores dos usuários e usuárias acerca do período em que a pessoa com deficiência e/ou idosa permanecerá na Unidade onde é ofertado o serviço.

Plano de Atividades a ser realizada

Descrição das estratégias, atividades, encaminhamentos e demais ações a serem desenvolvidas junto ao público-alvo do Serviço, tendo em vista promover a autonomia e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência e idosos com dependência, além dos cuidadores e suas famílias.

Avaliação periódica do alcance dos objetivos do Serviço com o usuário e/ou suas famílias e proposição de adequações necessárias

Consiste no registro da avaliação de se e como o serviço prestado à usuárias e usuários atende às necessidades dos mesmos. Também inclui propostas de como aprimorar o serviço de forma a prover um atendimento adequado à(ao) usuária(o) .

22. Quem participa da construção do Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento? (Admite múltiplas respostas).

Informe os atores que participam da elaboração do Plano individual e/ou Familiar de Atendimentos dos usuários do Serviço.

- Os usuários e/ou os membros da sua família
- O(s) técnico(s) de referência do serviço
- O coordenador do Centro Dia
- O(s) técnico(s) do CREAS de referência
- Equipes de outras áreas nas quais o usuário é atendido
- Outros. Qual? _____

23. O Serviço de Proteção Social Especial Para Pessoas Com Deficiência, Idosas e suas Famílias, ofertado nesta Unidade, possui capacidade para atender quantos usuários por turno?

Indique a capacidade de atendimento da unidade por turno, matutino ou vespertino. **Atenção!** A Capacidade leva em conta o número de pessoas atendidas em cada turno, portanto, se uma pessoa é atendida o dia todo pela unidade ela deve ser contada no período matutino e no período vespertino.

Caso a capacidade de atendimento varie por turno, é necessário tirar uma média da capacidade por turno e efetuar o arredondamento da mesma.

usuários por turno

24. Em média, quantos dias por semana os usuários da unidade frequentam este serviço? (Resposta única)

Indique dentre as opções listadas abaixo, quantos dias por semana os usuários frequentam a unidade que oferta o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com deficiência, idosas e suas famílias.

- 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

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

Indique dentre as opções listadas abaixo, em média, quantas horas os usuários frequentam a unidade que oferta o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com deficiência, idosas e suas famílias.

- menos de uma hora
- uma a duas horas
- duas a três horas
- quatro a seis horas
- sete a oito horas
- nove a dez horas
- onze a doze horas
- mais de doze horas

26. Informe o número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de Agosto de 2017, conforme o quadro abaixo: (Se não houver, marcar 0)

A questão levanta o número e a faixa etária de usuários do serviço.



No público “idosos” constam na tabela duas linhas. A primeira corresponde aos idosos com deficiência e a segunda aos idosos dependentes, mas sem deficiência.



A última linha da tabela deve corresponder ao número de todos os usuários atendidos pelo serviço no mês de agosto de 2017.

Número de usuários atendidos no Serviço no mês de Agosto de 2017	Quantidade
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	_ _
Crianças de 7 a 14 anos, com deficiência	_ _
Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	_ _
Adultos (18 a 59 anos) com deficiência	_ _
Idosos (60 anos ou mais) com deficiência	_ _
Idosos (60 anos ou mais) dependentes pela idade, sem deficiência	_ _
Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de Agosto de 2017	_ _ _ _ () Não Sabe

27. Dentre os usuários atendidos nesta unidade no mês de agosto de 2017 existem idosos ou pessoas com deficiência que sejam beneficiários do Benefício de Prestação Continuada - BPC? (Caso não haja beneficiários do BPC entre as pessoas desta Unidade, informe o valor “zero”)

Nesta questão, deverá ser quantificado o número de pessoas idosas ou com deficiência beneficiárias do BPC que foram atendidas neste Centro Dia no mês de agosto/2017.

- Quantidade de Idosos beneficiários do BPC
- Não sabe informar
- Quantidade de Pessoas com Deficiência beneficiárias do BPC
- Não sabe informar



A quantidade de pessoas idosas ou com deficiência beneficiárias do BPC não pode ser superior ao total de pessoas atendidas pelo serviço, conforme apresentado na questão anterior.

28. Dentre os usuários atendidos nesta unidade no mês de agosto de 2017 existem idosos ou pessoas com deficiência que sejam beneficiários do Programa Bolsa Família - PBF? (Caso não haja beneficiários do PBF entre as pessoas desta Unidade, informe o valor "zero")

Para essa questão, deverão ser contabilizados o número de famílias para as quais é concedido o benefício do Programa. Por exemplo: se há pessoas com deficiência e/ou idosas cujas famílias são beneficiárias, essas famílias devem ser somadas a esse total de famílias beneficiadas.

Quantidade de famílias beneficiárias do PBF

Não sabe informar



A quantidade de famílias beneficiárias não pode ser superior ao total de pessoas atendidas pelo serviço.

29. Esta Unidade oferece alimentação aos usuários? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não oferta alimentação").

Indique, de acordo com as opções abaixo, se as seguintes refeições são ofertadas aos usuários.

Não oferta alimentação

Lanches/Café da manhã

Almoço

Lanche/ Café da Tarde

Jantar

Lanche/Café da Noite

Não oferta alimentação

30. Existe apoio para o deslocamento das famílias/indivíduos para essa Unidade?

Informe se há apoio financeiro ou operacional para a concretização do deslocamento das famílias/indivíduos ao Centro Dia, quando necessário. Por exemplo, transporte de carro ou van, ou distribuição de vale-transporte para uso de transporte público, entre outros. Caso exista este apoio, informe sua natureza, de acordo com as opções abaixo elencadas.

Sim, para todos os usuários

Sim, para alguns usuários

Não (*pule para a questão 32*)

31. Como se dá este apoio?

Informe como a unidade provê o apoio ao deslocamento de usuárias e usuários. Caso opte pela opção outros, é importante que a resposta à essa questão seja detalhada.

A unidade possui transporte especializado para o deslocamento dos usuários

A unidade fornece ajuda de custo (passagens) para o deslocamento dos usuários

Outros. Quais? _____

32. Nesta Unidade há profissionais que já participaram de capacitação sobre o(s) seguinte(s) tema(s)? (Múltipla escolha)

Indique se há profissionais da equipe deste Centro Dia que participaram de algum tipo de formação nos temas elencados abaixo. É possível assinalar mais de uma opção.

- Deficiência
- Gênero
- População em situação de rua
- População LGBTI (Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais)
- População e comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, extrativistas, dentre outros)
- Álcool e outras drogas
- Raça e etnia
- Violências e violações de direitos
- Trabalho Infantil
- Infância/Juventude
- Envelhecimento
- Sistema Socioeducativo/Medida Socioeducativa/SINASE
- Outros. Especifique: _____
- Não participou de capacitação

33. Nesta unidade, algum profissional já participou de algum curso do CAPACITASUAS?

Indique se algum profissional da equipe deste Centro Dia participou de algum curso do CAPACITASUAS. Em caso afirmativo, declare quantos profissionais participaram dessa formação.

Nesta unidade, algum profissional já participou de algum curso do CAPACITASUAS?

- Sim. Quantos? Não

34. O coordenador desta Unidade: (resposta única)

Informe abaixo a situação do/a profissional que exerce a função de coordenação nesta Unidade. Caso não exista profissional que assuma esta função, selecionar a opção “não há coordenador nesta Unidade”.

exerce exclusivamente a função de coordenador

Selecione este item se o/a profissional que exerce a função de coordenação dessa Unidade assumir exclusivamente esta função no tempo integral de funcionamento da unidade.

acumula as funções de coordenador e de técnico nesta Unidade

Selecione este item se o/a profissional que exerce a função de coordenação acumular esta função com a de técnico/a responsável pelo atendimento a famílias/indivíduos nesta Unidade.

acumula as funções de coordenador com outra atividade

Selecione este item se o/a profissional que exerce a função de coordenação nesta Unidade acumular esta função com outra para o desempenho de outras atividades.

não há coordenador nesta Unidade

Selecione este item se não existir profissional assumindo a função de coordenação nessa Unidade.

BLOCO 5 – RECURSOS HUMANOS

35. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horário 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			Email	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do exercício da 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											
16)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											

*** O número de CPF é obrigatório**

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.



Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, Sexo, Escolaridade, Profissão, Vínculo, Função e Carga Horária Semanal para cada membro da equipe, inclusive aqueles que estão em férias ou licença, indicando o número que corresponde à resposta correta para cada profissional, conforme legenda do quadro:

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. Psicólogo 3. Pedagogo 4. Advogado 5. Administrador 6. Antropólogo 7. Sociólogo 8. Fisioterapeuta 9. Cientista político 10. Nutricionista 11. Médico 12. Terapeuta Ocupacional 13. Economista 14. Enfermeiro 15. Analista de sistema 16. Programador 17. Outra formação de nível superior 18. Profissional de nível médio 19. Sem formação profissional	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) 4. Auxiliar de Cuidador 5. Orientador/Educador(a) Social 6. Apoio administrativo 7. Estagiário(a) 8. Serviços Gerais 9. Outros	1. Maior que 40 horas semanais, 2. Menor que 20 horas semanais, 3. 20 horas semanais, 4. 30 horas semanais, 5. 40 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.

Para responder, considere as orientações abaixo:

Escolaridade:

Escolha o número correspondente à escolaridade de cada membro da equipe da unidade, de acordo com as opções elencadas no quadro. Para isto, considere:

0. Sem Escolaridade: Inclui trabalhadores que nunca frequentaram escola ou não concluíram nenhuma série do ensino fundamental.

1. Ensino Fundamental Incompleto: Inclui trabalhadores que frequentaram escola, mas não concluíram o ensino fundamental (antiga 8ª série).

2. Ensino Fundamental Completo: Inclui trabalhadores que concluíram o ensino fundamental (antiga 8ª série).

3. Ensino Médio Incompleto: Inclui trabalhadores que cursaram, mas não concluíram a 3ª série do Ensino Médio (ou algum outro curso técnico de nível médio)

4. Ensino Médio Completo: Inclui trabalhadores que concluíram a 3ª série do Ensino Médio (ou algum outro curso técnico de nível médio)

5. Ensino Superior Incompleto: Inclui trabalhadores que cursaram, mas não concluíram a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.

6. Ensino Superior Completo: Inclui trabalhadores que concluíram a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.

7. Especialização: Inclui trabalhadores que concluíram cursos de pós-graduação *lato sensu* em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.

8. Mestrado: Inclui trabalhadores que concluíram cursos de pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado) em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação com apresentação de Dissertação de conclusão de curso.

9. Doutorado: Inclui trabalhadores que concluíram cursos de pós-graduação *stricto sensu* (Doutorado) em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação com apresentação de Tese de conclusão de curso.



ATENÇÃO! Indicar a escolaridade de 7 a 9 somente quando tiverem concluído a especialização, mestrado ou doutorado. Caso o profissional não tenha concluído indicar o nº 6 – ensino superior completo.

Profissão:

Indique a profissão do trabalhador vinculado a unidade, considerando as opções de profissão de nível superior e nível médio, conforme a tabela abaixo:

Profissões de Nível Superior	1 – Assistente Social 2 – Psicólogo 3 – Pedagogo 4 – Advogado 5 – Administrador 6 – Antropólogo 7 – Sociólogo 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista político 10 – Nutricionista 11 – Médico 12 – Terapeuta Ocupacional 13 – Economista 14 – Enfermeiro 15 – Analista de Sistema 16 – Programador 17 – Outra formação de nível superior 18 – Profissional de nível médio 19 – Sem formação profissional
-------------------------------------	---



As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se o trabalhador possuir “Ensino Superior Completo” (código 6), “Especialização” (código 7), “Mestrado” (código 8), ou Doutorado (código 9).

O profissional de nível médio deverá possuir escolaridade “Ensino Médio Completo” (código 4) ou “Ensino Superior Incompleto” (código 5)

Tipo de Vínculo:

Indique o vínculo do trabalhador da unidade com a Administração Pública Municipal, conforme as categorias abaixo:

- 1. Comissionado:** Inclui trabalhador que possui cargo ou emprego público em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (Constituição Federal, Art. 37)
- 2. Servidor Estatutário:** Inclui o trabalhador ocupante de cargo públicos provido por concurso público, nos moldes do art. 37, II, da Constituição Federal, sendo regido por um estatuto definidor de direitos e obrigações.
- 3. Servidor Temporário:** Inclui servidor público que se sujeita ao regime jurídico especial da lei previsto no art.37, IX da Constituição Federal. Está sujeito ao regime geral de previdência social e só pode ser contratado temporariamente com o fim de atender à necessidade temporária de excepcional interesse público.
- 4. Empregado Público (CLT):** Inclui trabalhador que, mediante concurso público, presta serviços de forma pessoal e não eventual ao Estado e às entidades da Administração Pública direta ou indireta, pelo regime celetista, mediante pagamento feito pelos Cofres Públicos.
- 5. Terceirizado:** Inclui o trabalhador contratado por empresa que desempenha atividades de outra empresa (geralmente, a administração pública) de forma que não se estabeleça vínculo empregatício entre os empregados da contratada e a contratante.
- 6. Empregado Celetista do Setor Privado - CLT:** Inclui trabalhador associado à empresa/cooperativa ou qualquer outra entidade prestadora de serviços.
- 7. Outro vínculo não permanente:** inclui trabalhador que não possui vínculo permanente.
- 8. Voluntário:** Inclui a pessoa que exerce atividades na unidade, mas não possui qualquer vínculo empregatício ou recebe pagamento pelo serviço prestado.



Em caso de dúvidas sobre o Tipo de Vínculo, consultar o setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social (ou congênere), ou ainda, a Prefeitura Municipal/Governo do Estado.

Função na unidade:

Coordenador: O coordenador deve ser um profissional de nível superior com experiência em gestão pública; domínio da legislação referente à política nacional de assistência social e direitos sociais; conhecimento dos serviços, programas, projetos e/ou benefícios socioassistenciais; experiência de coordenação de equipes, com habilidade de comunicação, de estabelecer relações e negociar conflitos; com boa capacidade de gestão, em especial para lidar com informações, planejar, monitorar e acompanhar os serviços socioassistenciais, bem como de gerenciar a rede socioassistencial local.

Técnico de nível superior: O técnico de nível superior é o profissional com formação em serviço social, psicologia e/ou outra profissão que compõe o SUAS; com experiência de atuação e/ou gestão em programas, projetos, serviços e/ou benefícios socioassistenciais; conhecimento da legislação referente à política nacional de assistência social; domínio sobre os direitos sociais; experiência de trabalho em grupos e atividades coletivas; experiência em trabalho interdisciplinar; conhecimento da realidade do território e boa capacidade relacional e de escuta das famílias.

Cuidador: Profissionais com habilidades pessoais de incorporação com facilidade de conhecimentos e orientações sobre o cotidiano com os usuários. Atuam em consonância com as diretrizes e orientações técnicas do serviço, sob a orientação da coordenação e da equipe multiprofissional e realizando atividades com os usuários a partir de estratégias metodológicas de acessibilidade, considerando a deficiência e a situação de dependência dos usuários.

Auxiliar de cuidador: Auxiliam e prestam apoio aos cuidadores da unidade. Este profissional, além de apoiar as funções do cuidador, efetua atividade de organização e limpeza do ambiente e de preparação de alimentos, dentre outras atividades.

Orientador/Educador Social: Escolaridade de nível médio completo, com experiência de atuação em programas, projetos, serviços e/ou benefícios socioassistenciais; conhecimento da PNAS; noções sobre direitos humanos e sociais; sensibilidade para as questões sociais; conhecimento da realidade do território e boa capacidade relacional e de comunicação com as famílias.

Apoio Administrativo: As atividades administrativas da unidade podem ser exercidas por profissionais de nível médio, conforme explicitado acima e por profissionais de nível superior. São atividades a serem desenvolvidas por profissionais que conhecem as rotinas administrativas da unidade.

Estagiário: O estágio busca a complementação educacional em níveis superior e médio. Não é considerada pela lei uma relação jurídica de emprego.

Serviços Gerais: São as atividades rotineiras de limpeza, vigilância, copa, motorista, etc.

Outros: Outros profissionais da unidade com outras funções não classificadas nas opções anteriores.

BLOCO 6 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Identificação do agente municipal/estadual ou do Distrito Federal responsável pelas respostas declaradas no formulário

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

Devem ser preenchidos os dados: nome (de forma legível), CPF, telefone e e-mail do agente municipal/estadual ou do Distrito Federal responsável pelas respostas declaradas no formulário.

Nome: _____

CPF: _____

Data: ___ / ___ / _____

Assinatura: _____

Cargo/Função:

Coordenador da unidade

Técnico de nível superior da unidade

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____



A questão abaixo é de Preenchimento Exclusivo do Órgão Gestor da Assistência Social

37. Considerando as atividades realizadas por esta Unidade no atendimento às pessoas com deficiência e/ou idosas com dependência, você diria que o Serviço prestado por esta Unidade:

Esta questão deve ser respondida pelo Órgão Gestor da Assistência Social, preferencialmente pelo responsável técnico da Proteção Social Especial, devendo expressar sua avaliação a respeito do grau de compatibilidade entre as atividades efetivamente realizadas pela Unidade, e o “Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias”, definido pelo SUAS. *

É totalmente adequado às definições, princípios e diretrizes do SUAS

Está bastante próximo das definições, princípios e diretrizes do SUAS

Vem buscando se adequar às definições, princípios e diretrizes do SUAS, e em breve estará próximo

Está bastante distante das definições, princípios e diretrizes do SUAS

É totalmente divergente das definições, princípios e diretrizes do SUAS, e não pretende se adequar

*** O conteúdo desta resposta será mantido em sigilo. Serão divulgados apenas os percentuais, sem identificação individualizada das respectivas Unidades**

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

Nome: _____

CPF: _____ **Data:** ____ / ____ / _____

Cargo/Função:

Secretário Municipal/Estadual de Assistência Social ou congêneres

Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.

Técnico da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congêneres

Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ **Email:** _____

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).