

**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.**



## **CENSO SUAS 2017**

### **Questionário Unidades de Acolhimento**

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico das Unidades de Acolhimento (Abrigos, Casas-lares, Casas de passagem, entre outros) deverá ser preenchido pelos municípios e estados no período de.

O Órgão Gestor deverá coletar informações sobre todas as unidades que ofertam Serviços de Acolhimento vinculados à política de assistência social do município, inclusive de entidades que não possuem convênio com o poder público, mas atuam no campo da assistência. Recomenda-se que os dados sejam coletados, preferencialmente, por meio de visita às Unidades. No caso de abrigos pertencentes ao governo estadual, caberá à Secretaria Estadual coletar as informações e preencher o respectivo questionário eletrônico.

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. 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. Caso o município tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento, ele deverá entrar em contato com a respectiva Secretaria Estadual ou, se necessário, contatar o MDS por meio do e-mail [vigilanciasocial@mds.gov.br](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br), ou pelos telefones 61 2030-3118/ 3130/ 3954/ 3026/3127 ou ainda pelo 0800 707 2003.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município. Para envio das informações ao MDS, 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.

#### **Senha de Acesso para preenchimento do questionário eletrônico**

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2017 os responsáveis necessitarão utilizar o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, devendo possuir o perfil de acesso ao CADSUAS ([cadsuas.municipio](http://cadsuas.municipio) / [cadsuas.estado](http://cadsuas.estado)). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionados, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003.

**BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO****CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS**

Nome da Unidade: \_\_\_\_\_

Informe o Tipo de Logradouro (rua, avenida, praça, rodovia etc.) \_\_\_\_\_

Endereço (nome da rua, da avenida etc.): \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

CEP: |\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_| Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

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

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

**BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**

1. Indique o público atendido nesta Unidade de Acolhimento e a tipo de Unidade: *(marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)*

**Atenção!** Unidades executoras de Serviço de **Família Acolhedora** devem preencher questionário próprio. Não preencha este questionário.

<b>Público Atendido</b>	<b>Tipo de Unidade (Modalidade)</b>
<input type="checkbox"/> Crianças/adolescentes	<input type="checkbox"/> Abrigo institucional <input type="checkbox"/> Casa-lar <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Jovens egressos de serviços de acolhimento	<input type="checkbox"/> República para jovens <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência	<input type="checkbox"/> Abrigo institucional <input type="checkbox"/> Casa-lar <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Exclusivamente para pessoas adultas com deficiência	<input type="checkbox"/> Abrigo Institucional <input type="checkbox"/> Residência Inclusiva <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Adultos e famílias	<input type="checkbox"/> Abrigo institucional/Casa de passagem para população de rua <input type="checkbox"/> República para adultos em processo de saída das ruas <input type="checkbox"/> Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiados <input type="checkbox"/> Abrigo para famílias desabrigadas/desalojadas vítimas de desastres <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	<input type="checkbox"/> Abrigo Institucional <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Pessoas Idosas	<input type="checkbox"/> Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI) <input type="checkbox"/> Casa-lar <input type="checkbox"/> República <input type="checkbox"/> Outros

1.1. Caso tenha marcado “Outros” no tipo de unidade (modalidade), informe qual:

2. Esta Unidade é uma “Casa Lar em Aldeia”? Caso sim, informe quantas Casas Lares há na “Aldeia”. *(somente responder esta questão se marcar “Casa Lar” na questão anterior)*

Sim. Quantidade de Casas Lares na Aldeia:      Não

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

Governamental *(pule para a questão 7)*  
 Não Governamental/Organização da Sociedade Civil.

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

..../-- *(caso necessário, atualize no CADSUAS)*

5. Esta entidade possui convênio/termo de parceria ou outra forma de contratualização com o poder público? *(admite múltipla resposta, exceto se marcar “não” ou “não sabe informar”)*

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

6. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) a Unidade possui inscrição/registo: *(admite múltipla resposta)*

Conselho de Assistência Social  
 Conselho de Direitos da Criança e Adolescente  
 Conselho dos Direitos do Idoso  
 Em nenhum Conselho  
 Outros. Qual? \_\_\_\_\_

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

Estadual  Municipal *(pule para a questão 11)*

8. Em caso de unidades estaduais, esta unidade possui municípios vinculados conforme os parâmetros estabelecidos pela Resolução CIT nº 31/2013?

A Resolução CIT nº 31/2013 estabelece parâmetros para a regionalização das unidades de acolhimento. Em caso de dúvidas, entre em contato com a equipe de Proteção Social Especial ou de Vigilância Socioassistencial do seu Estado.

Sim  Não *(Se Unidade Governamental, pule para questão 10; Se Não-Governamental, pule para a questão 11)*

9. Por favor, informe os municípios vinculados?

1)	6)
2)	7)
3)	8)
4)	9)
5)	10)

10. Em caso de Unidade Estadual Governamental, indique como está organizada a gestão administrativa desta unidade: *(Atenção! Esta pergunta só deverá ser respondida por unidades estaduais governamentais)*

	Responsáveis			Não possui/Não se aplica
	Estado	Município sede	Municípios vinculados	
Provisão da estrutura física da Unidade (imóvel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provisão de equipamentos e materiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provisão de recursos humanos - equipe de referência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provisão de transporte (veículo ou ajuda de custo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BLOCO 3 – CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS**

11. Qual a capacidade máxima para o atendimento (número de vagas) desta unidade?

|\_|\_|\_| vagas (*caso necessário, atualize no CADSUAS*)

12. Quantas pessoas estão acolhidas na unidade neste momento (vagas ocupadas)?

|\_|\_|\_| pessoas

**ATENÇÃO!**

As questões 13 e 14 se aplicam **EXCLUSIVAMENTE** para as Unidades de Acolhimento de Crianças/adolescentes na questão 1. (*Crianças/adolescentes e Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência*)

13. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes desta unidade retornaram às suas famílias de origem?

|\_|\_|\_| crianças/ adolescentes

|\_| Não Sabe

14. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes desta unidade foram encaminhadas a famílias substitutas?

|\_|\_|\_| crianças/ adolescentes, mediante REINTEGRAÇÃO

|\_| Não Sabe

|\_|\_|\_| crianças/ adolescentes, mediante ADOÇÃO

|\_| Não Sabe

15. Informe o sexo e faixa etária das pessoas que estão acolhidas na Unidade neste momento: (*Se não tiver, marcar 0 - Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 12!*)

Sexo	Quantidade de pessoas acolhidas, segundo as Faixas Etárias (anos de idade)										Total
	0 a 2	3 a 5	6 a 11	12 a 13	14 a 15	16 a 17	18 a 21	22 a 59	60 a 79	80 ou mais	
Masculino	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
Feminino	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _

16. Qual o número máximo de pessoas (usuários) dormindo em um mesmo dormitório?

|\_|\_|\_| pessoas

17. Das pessoas atualmente acolhidas nesta unidade, quantas delas vieram encaminhadas de outro município?

|\_|\_|\_| Quantidade de pessoas que vieram encaminhadas de outro município

|\_| Não sabe informar

18. Indique se entre os usuários acolhidos nesta unidade existem idosos ou pessoas com deficiência que sejam beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC.

(*Caso não haja beneficiários de algum deles entre as pessoas desta Unidade, informe o valor “zero”*)

|\_|\_| Quantidade de Idosos beneficiários do BPC

|\_| Não sabe informar

|\_|\_| Quantidade de Pessoas com Deficiência beneficiárias do BPC

|\_| Não sabe informar

19. Indique se entre os usuários acolhidos nesta unidade existem que sejam beneficiários do Programa Bolsa Família – PBF?

(*Caso não haja beneficiários de algum deles entre as pessoas desta Unidade, informe o valor “zero”*)

|\_|\_| Quantidade de famílias beneficiárias do PBF

|\_| Não sabe informar

20. Das pessoas que estão, atualmente nesta Unidade, informe o tempo que estão acolhidas: *(Se não tiver, marcar 0)*

Qtd de pessoas	Pessoas acolhidas, segundo o tempo que estão na Unidade								
	Menos de 1 Mês	De 1 a 3 meses	De 4 a 6 meses	De 7 a 12 meses	De 13 a 24 meses	De 25 a 48 meses	De 49 a 72 meses	Mais de 72 meses (mais de 6 anos)	Total de Pessoas Acolhidas
	___/___/	___/___/	___/___/	___/___/	___/___/	___/___/	___/___/	___/___/	___/___/

21. Entre as pessoas que estão acolhidas hoje nesta unidade, quantas possuem alguma das características abaixo? *(Se não tiver, marcar 0)*

Especificidade	Quantidade	A Unidade aceita receber pessoas com estas características	
Deficiência ( <i>física/ sensorial/ intelectual</i> )	___/___/	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Doença Mental ( <i>Transtorno Mental</i> )	___/___/	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Refugiado / Imigrante ( <i>pessoas de outro país</i> )	___/___/	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Travesti, Transexual, Transgênero	___/___/	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Crianças e Adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas <i>(exclusivo para acolhimento de crianças/adolescentes)</i>	___/___/	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Trajetória de rua	___/___/	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Indígenas	___/___/	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outros Povos e comunidades tradicionais ( <i>quilombolas, ciganos, ribeirinhos, extrativistas, etc</i> )	___/___/	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Egressos do sistema prisional <i>(exclusivo para acolhimento de adultos e famílias)</i>	___/___/	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

#### BLOCO 4 – SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

22. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pela Unidade: *(admite múltipla resposta)*

- Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família do usuário
- Reuniões com grupos de famílias dos usuários
- Atendimento psicossocial individualizado
- Atendimento psicossocial em grupos
- Atendimento psicossocial das famílias das pessoas acolhidas (orientação familiar)
- Palestras / oficinas
- Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em acompanhamento
- Discussão de casos com outros profissionais da rede
- Encaminhamento para retirada de documentos
- Passeios com usuários
- Promove contato e a participação da família na vida do usuário
- Promove atividades com participação da Comunidade
- Promove a participação das pessoas acolhidas em serviços, projetos ou atividades existentes na comunidade
- Envio de relatório semestral para o Judiciário *(exclusivo para acolhimento de criança/adolescente)*
- Acompanhamento escolar
- Organização e discussão das rotinas das Unidades com os acolhidos
- Não realiza nenhuma das atividades acima

23. A unidade possui Prontuário de atendimento?

- Sim       Não

24. A unidade faz Plano Individual de Atendimento (PIA) de cada pessoa acolhida?

- Sim       Não

**25. Esta unidade oferta Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para seus usuários?**

- Sim, apenas para os acolhidos desta unidade  
 Sim, para os usuários acolhidos e suas famílias  
 Sim, para os acolhidos desta unidade e outros usuários  
 Não oferta o serviço

**26. O Serviço de Acolhimento prestado nesta unidade possui orientação religiosa?**

- Sim  Não

**27. A unidade possui critérios de sexo para admissão dos usuários? (marcação única)**

- Sim, apenas sexo Masculino  Sim, apenas sexo Feminino  Não possui critério de sexo para admissão

**28. Independentemente da existência de critérios de sexo e idade, a Unidade acolhe grupo de usuários com vínculos de parentesco? (marcação única)**

- Sim, sempre que há demanda  
 Algumas vezes  
 Não acolhe

**29. Com que frequência são permitidas visitas de familiares às pessoas acolhidas na Unidade? (marcação única)**

- Não é permitido receber visitas na Unidade  
 Diariamente  
 De 3 a 6 dias na semana  
 De 1 a 2 dias na semana  
 Quinzenalmente  
 Mensalmente  
 Apenas em algumas datas específicas do ano

**30. Quem realiza o acompanhamento dos usuários após o seu desligamento da Unidade de Acolhimento? (admite múltipla resposta)**

- A própria unidade/serviço de acolhimento  O CRAS  
 O CREAS  Outro  
 Não sabe informar (pule para a questão 32)  Não é realizado acompanhamento de egressos (pule para a questão 32)

**31. Por quanto tempo, em média, o usuário é acompanhado após seu desligamento? (marcação única)**

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

**32. Qual o tipo de articulação que esta unidade/instituição possui com estes órgãos: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar 'não tem nenhuma articulação' ou 'serviço ou instituição não existente no Município')**

Órgãos, Serviços ou instituições com os quais mantém articulação	Tipo de Articulação							Não tem nenhuma articulação	Serviço ou instituição não existente no Município
	Possui dados da localização (endereço, telefone etc.)	Recebe usuários encaminhados por esta Unidade	Encaminha usuários para esta Unidade	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca Informações	Realiza estudos de caso em conjunto		
Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP (exclusivo para acolhimento de adultos e famílias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras Unidades de Acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BLOCO 5 – ESTRUTURA FÍSICA E ÁREA DE LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE****33. Considerando a “vizinhança” da Unidade, a área onde ela está localizada caracteriza-se como:**

- Área residencial  Área isolada  
 Área comercial/industrial  Área mista – Residencial e Comercial/Industrial

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

- Sim, com ponto de transporte localizado a menos de 1000 metros de distância da Unidade (ou quinze minutos de caminhada)  
 Sim, com ponto de transporte localizado entre 1000 e 2000 metros de distância da Unidade (ou até 30 minutos de caminhada)  
 Não possui ponto de transporte público nas proximidades (ou exige caminhada superior a 30 minutos)

**35. Descreva o espaço físico da Unidade utilizando os quadros abaixo. (Atenção! Cada espaço/cômodo deve ser contado uma única vez! Caso o mesmo espaço/cômodo seja utilizado para mais de uma finalidade - por exemplo: Sala de Administração e Sala de Reuniões - você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal. Se não tiver, marcar 0)**

Espaços/Cômodos	Quantidade
Sala de Administração	_ _
Sala para reuniões	_ _
Sala para atendimento técnico especializado (psicólogo, assistente social, etc.)	_ _
Sala de estar, de convivência ou de outras atividades de grupo	_ _
Dormitórios para os Usuários acolhidos	_ _
Dormitórios para os Cuidadores	_ _
Banheiros para os Usuários acolhidos	_ _
Banheiros exclusivos para Funcionários	_ _

Espaços	Possui?	
	SIM	NÃO
Área de recreação interna	_	_
Área de recreação externa	_	_
Refeitório/Sala de Jantar	_	_
Cozinha para preparo de alimentos	_	_
Despensa	_	_
Lavanderia	_	_
Enfermaria	_	_

**36. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, e em perfeito funcionamento, nesta Unidade:**

- Geladeira  
 Freezer  
 Fogão  
 Forno/microondas  
 Máquina de lavar  
 Veículo de uso exclusivo  
 Veículo de uso compartilhado  
 Mobiliário específico para atender crianças  
 Mobiliário/materiais adequados para pessoas com deficiência ou dependência (Tecnologias Assistivas)  
 Acervo bibliográfico (livros)  
 Materiais pedagógicos e culturais  
 Materiais esportivos  
 Jogos educativos, jogos de passatempo, brinquedos  
 Mesas para estudo  
 Mesas de Jantar  
 Armários de uso coletivo dos usuários  
 Telefone  
 Impressora  
 Equipamento de som  
 DVD  
 TV a cabo  
 Camas/berços. Quantas? |\_|\_|\_|\_|  
 Armários para guarda individualizada de pertences. Quantos? |\_|\_|\_|\_|  
 Televisão. Quantas? |\_|\_|  
 Computadores ligados à Internet. Quantos? |\_|\_|\_|\_|

**37. Descreva as condições de acessibilidade da Unidade, conforme o quadro abaixo:**

Condições de acessibilidade	SIM De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	SIM Mas não está de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até o interior da Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos dormitórios 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"/>

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

- Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS
- Sim, suporte de material em Braille
- Sim, suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual
- Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência física. Qual? \_\_\_\_\_
- Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência intelectual e autismo. Qual? \_\_\_\_\_
- Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados pessoa com deficiência visual
- Não há outras adaptações

**BLOCO 6 – GESTÃO DE PESSOAS**

**39. Nesta Unidade há profissionais que já participaram de capacitação sobre os seguintes temas? (múltipla escolha)**

- 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.

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

- Sim, Quantos?   Não

**41. O coordenador desta Unidade de Acolhimento: (Resposta única)**

- exerce exclusivamente a função de coordenador
- acumula as funções de coordenador e de técnico nesta Unidade de Acolhimento
- acumula as funções de coordenador com outra atividade
- não há coordenador nesta Unidade de Acolhimento



42. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, e carga horária semanal de cada membro da equipe desta Unidade, conforme quadros abaixo:

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

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

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função	Carga Horária
0. Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1. Empregado Celetista do Setor Privado	1. Coordenador(a)	1. Maior que 40 horas semanais,
1. Fundamental Incompleto	2 – Psicólogo	2. Terceirizado	2. Técnico(a) de Nível Superior	2. Menor que 20 horas semanais,
2. Fundamental Completo	3 – Pedagogo	3. Outro vínculo não permanente	3. Cuidador(a)	3. 20 horas semanais,
3. Médio Incompleto	4 – Advogado	4. Trabalhador de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviço	4. Cuidador(a) Residente	4. 30 horas semanais,
4. Médio Completo	5 – Administrador	5. Voluntário	5. Auxiliar de cuidador(a)	5. 40 horas semanais
5. Superior Incompleto	6 – Antropólogo	6. Sem vínculo	6. Educador(a) Social	
6. Superior Completo	7 – Sociólogo	7. Servidor/Estatutário	7. Apoio Administrativo	
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Servidor Temporário	8. Estagiário	
8. Mestrado	9 – Cientista político	9. Empregado Público Celetista ( <i>marque esta opção, somente se a unidade for governamental</i> )	9. Cozinheiro(a)	
9. Doutorado	10 – Nutricionista		10. Motorista	
	11 – Médico		11. Serviços Gerais	
	12 – Musicoterapeuta		12. Família Acolhedora	
	13 – Terapeuta Ocupacional		99. Outros	
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstico			
	16 – Enfermeiro			
	17 – Analista de sistema			
	18 – Programador			
	19 – Outro profissional de nível superior			
	20 – Profissional de nível médio			
	21 – Sem formação profissional			

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

**43. Indique a forma pela qual as informações deste questionário foram coletadas: (resposta única)**

- Visita do Órgão Gestor à Unidade para coletar as informações por meio de entrevista presencial  
 Envio do questionário à Unidade para preenchimento e posterior devolução ao Órgão Gestor  
 Coleta dos dados por meio de entrevista telefônica  
 Outra

**44. Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:**

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

CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cargo/Função:  Diretor/Coordenador da Unidade     Técnico de Nível Superior da Unidade     Outro

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

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

**45. Identificação do agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:**

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

CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cargo/Função:**

- Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção especial no município/Estado  
 Secretário Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere  
 Técnico da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere  
 Outros

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

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

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