

# CENSO SUAS 2020

Secretaria Nacional de Assistência Social

## Questionário Centro dia e similares

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

**28 de setembro a 20 de novembro**

Este questionário deve ser preenchido para as Unidades Não-Governamentais e Governamentais **“Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias”**, seja na modalidade Centro dia, seja em qualquer outra modalidade. A exceção é a execução por meio de CREAS que responderá no respectivo questionário.

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.

Para ver a descrição completa do Serviço na Tipificação Nacional, [clique aqui](#).

Para mais orientações para o preenchimento do Censo SUAS por entidades que atendem pessoas com deficiência no SUAS, [clique aqui](#). (Página Inicial do Censo SUAS > Orientações Adicionais>Orientações para o preenchimento do Censo SUAS por unidades que atendem pessoa com deficiência)

O questionário pode ser preenchido diretamente no sistema eletrônico, ou ainda pode ser preenchido primeiramente no papel, assinado pelo agente público responsável e armazenado. É recomendável que todas as informações necessárias estejam em mãos durante acesso ao sistema.

### Senha de Acesso/Perfil para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2020 os responsáveis necessitarão utilizar o **login e a senha do gov.br** (<https://sso.acesso.gov.br/login>) e perfil de acesso adequado junto ao Sistema de Autenticação e Autorização (SAA).

- ❖ Verifique o documento “Orientações sobre senhas/perfis” em Orientações Adicionais na página inicial do Censo SUAS

Em caso de dúvidas, encaminhe-as em ordem de preferência:

- ✓ Chat: <http://chat.mdsvector.site/chat-mds/index.php>
- ✓ E-mail: [vigilanciasocial@cidadania.gov.br](mailto:vigilanciasocial@cidadania.gov.br)
- ✓ Pelo telefone: 121
- ✓ Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>
- ✓ Ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133

As informações declaradas pelo agente público neste questionário possuem Fé Pública e constituem registros administrativos do Sistema Único de Assistência Social. O fornecimento de informações inverídicas sujeita o agente responsável a sanções administrativas, civis e penais.

**BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Nome que identifica a unidade: \_\_\_\_\_  
Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua etc.): \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_  
Município: (Seleção) \_\_\_\_\_ UF: (Seleção) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
DDD – Telefone: |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Ramal: |\_|\_|\_|\_|\_|  
Fax: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Data de Implantação desta Unidade: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|.

**BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE****1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (marcação do sistema)**

Estadual  Municipal/Distrital

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

Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;  
 Adultas(os) com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;  
 Idosas(os) com deficiência e suas famílias;  
 Idosas(os) com algum grau de dependência (sem deficiência) e suas famílias

**3. Horário de funcionamento: |\_|\_| dias por semana |\_|\_|\_| horas por SEMANA (Atenção! Somatório das horas por dia)****4. Indique a Natureza desta Unidade: (marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS)**

Governamental (pule para questão 10)  
 Não Governamental/ Organização da Sociedade Civil.

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

|\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (caso necessário, atualize no CADSUAS)

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

**Atenção!** Inscrição/registro em Conselho de Direitos não devem ser registrados nesta questão e/ou a obtenção de CEBAS.

Sim  Não (pule para a questão 8)

**7. Caso sim, informe a principal rede/federação de que faz parte: (marcação única)**

Federação Nacional, Estadual e/ou Regional de APAES  
 Federação Nacional, Estadual e/ou Regional de Associações Pestalozzi  
 Federação Brasileira, Estadual ou Regional das Instituições de Excepcionais (FEBIEX)  
 Associação Brasileira de Autismo  
 Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (FENEIS)  
 Organização Nacional dos Cegos  
 Organização Nacional de Deficiência Física (ONEDEF)  
 Sociedade São Vicente de Paula  
 Outras. Qual: \_\_\_\_\_

**8. A entidade recebe recursos financeiros da Assistência Social visando à manutenção dessa unidade?**

(Admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)

Sim, municipal ou do Distrito Federal  
 Sim, estadual  
 Sim, federal (subvenções/emendas parlamentares)  
 Não

**9. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público municipal, estadual ou do 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

- Não recebe nenhuma outra forma de apoio do poder público municipal (siga para a questão 10)
- Cessão de recursos humanos
- Cessão de imóvel
- Pagamento de aluguel
- Pagamento de contas de água
- Pagamento de contas de luz ou telefone
- Fornecimento de gêneros alimentícios
- Fornecimento de materiais de higiene e limpeza
- Fornecimento de materiais pedagógicos, culturais, esportivos e outros
- Isenção de taxas ou tributos municipais
- Treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade
- Outros

**10. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) esta unidade possui inscrição/registro: (Admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção).**

A inscrição/registro é a autorização de funcionamento concedida pelos conselhos para projetos/atividades a políticas públicas específicas. Esta pergunta não se refere a participação de pessoas em conselhos, mas de inscrição/registro da entidade nestes Conselho, seja no Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal.

- Conselho de Assistência Social (esta opção só pode ser marcada por organizações da sociedade civil-não governamental)
- Conselho de Direitos da Criança e Adolescente
- Conselho de Direitos do Idoso
- Conselho de Direitos da Pessoa com Deficiência
- Conselho de Direitos da Mulher
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_
- Em nenhum dos citados acima

**11. Este Centro Dia está referenciado a um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)?**

**Atenção!** Considera-se referenciamento ao CREAS o processo de coordenação e orientação das unidades que ofertam serviços de Proteção Social Especial e tenham pactuação de fluxo, monitoramento e outras articulações para atendimento das usuárias/os encaminhados pelos CREAS.

- Sim. Qual? Número de Identificação |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
- Não (pule para a questão 13)

**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)**

- 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
- Participa da construção de estratégias metodológicas do Serviço
- Elaborar 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
- Participa da definição dos critérios de acesso das(os) usuárias(os) ao serviço
- Não realiza nenhuma das atividades acima

13. Em relação a outras políticas públicas, esta unidade... *(admite múltipla resposta por linha, exceto se marcar a opção "Nenhuma das anteriores")*

	... recebe recursos financeiros, visando à sua manutenção	... compartilha espaços físicos, mas as ofertas são separadas	...realiza a oferta de forma integrada	Nenhuma das anteriores
Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualificação e acesso ao mundo do trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Política do Idoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Política da Criança e do Adolescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICA**

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

Salas utilizadas para atividades com as(os) usuárias(os)	Quantidade
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas	<input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	<input type="text"/>
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração	
Quantidade de salas <i>(Atenção! Não são salas utilizadas para atendimento!)</i>	<input type="text"/>
Banheiros de uso exclusivo das(os) trabalhadoras(es)	
	<input type="text"/>
Banheiros para uso das(os) usuárias(os)	
	<input type="text"/>

Demais Ambientes	Possui?	
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cozinha/Copa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Refeitório	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Almoxarifado ou similar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Piscina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quadra esportiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Espaço externo para atividades de convívio ou recreação <i>(exceto quadra e piscina)</i>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Área de Descanso para a(o) usuária(o)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

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

Condições de acessibilidade apresentadas	SIM De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	SIM Mas não estão de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção 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, exceto se marcar a última opção)**

- 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, há outras adaptações ou estratégias para assegurar a acessibilidade as pessoas com deficiência auditiva/surdas e pessoas com deficiência visual. Qual? \_\_\_\_\_  
 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 para pessoa com deficiência visual  
 Não há outras adaptações.

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Telefone Quantos?  __ __                          | <input type="checkbox"/> Armários individualizados para guarda de pertences |
| <input type="checkbox"/> Celular da Unidade                                | <input type="checkbox"/> Artigos de higiene pessoal                         |
| <input type="checkbox"/> Impressora Quantos?  __ __                        | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas                                   |
| <input type="checkbox"/> Televisão (TV)                                    | <input type="checkbox"/> Cadeiras para banho                                |
| <input type="checkbox"/> Equipamento de som                                | <input type="checkbox"/> Geladeira  |
| <input type="checkbox"/> DVD   | <input type="checkbox"/> Freezer  |
| <input type="checkbox"/> Datashow  | <input type="checkbox"/> Fogão  |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo. Quantos?  __ __         | <input type="checkbox"/> Micro-ondas  |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado. Quantos?  __ __     | <input type="checkbox"/> Máquina de lavar roupa                             |
| <input type="checkbox"/> Veículo adaptado para o transporte de cadeirantes | <input type="checkbox"/> Secadora de roupa                                  |
| <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico (livros)                     | <input type="checkbox"/> Camas/Colchonetes. Quantos?  __ __                 |
| <input type="checkbox"/> Brinquedos  | <input type="checkbox"/> Sofás/Poltronas/Cadeiras para descanso             |
| <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos, culturais e esportivos     | <input type="checkbox"/> Mesas e cadeiras para refeição/ refeitório         |

**18. Indique a quantidade de computadores, em perfeito funcionamento, existente neste Centro dia: (Caso não possua, marque "0")**

- 18.1 Quantidade total de computadores na Unidade |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
18.2 Destes, quantos estão conectados à internet |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
18.3. Dentre os computadores conectados à Internet, quantos estão disponíveis para serem usados pelas(os) usuárias(os)? |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**19. A sede desta unidade possui placa de identificação do Centro dia e/ou similares?**

- Sim  Não

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

- 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)

**BLOCO 4 – Serviços e Atividades**

**21. 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 respostas).**

- Acolhida e escuta inicial  
 Estudo social  
 Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar  
 Realiza atividade de cuidados básicos de vida diária e de autocuidado (higiene, alimentação, descanso)  
 Oficinas e atividades coletivas de convívio e socialização  
 Atividades individualizadas ou em grupos de apoio ao desenvolvimento pessoal e autonomia  
 Colaboração na prática e recomendações de outros profissionais (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, professor e outros)  
 Visitas domiciliares  
 Atividades com a família da(o) usuária(o)  
 Apoio e orientação aos(às) cuidadores(as) familiares  
 Orientação e apoio aos cuidadores familiares para o autocuidado  
 Orientação sobre tecnologias assistivas  
 Mobilização das(os) usuárias(os) para acesso ao serviço

- Orientação sobre acesso ao BPC
- Orientação sobre o acesso a outros benefícios
- Orientação e apoio para obtenção de documentação pessoal
- Orientação para realização de cadastro no Cadastro Único
- Encaminhamento para a rede de serviços socioassistenciais
- Encaminhamento para os serviços da rede de saúde
- Encaminhamento para política de educação
- Encaminhamento para serviços/Unidades das demais políticas públicas
- Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar, Conselhos de Direitos etc.)
- Acompanhamento das(os) usuárias(os) encaminhados para a rede
- Registro de informações em prontuário
- Palestras e oficinas envolvendo a comunidade
- Provimento de bens materiais

**22. Além das atividades desenvolvidas no âmbito do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas e suas famílias acima descritas, informe quais das demais atividades são realizadas nesta Unidade (considerar apenas o que for realizado no próprio local desta Unidade):**

*(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alfabetização                       | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional               |
| <input type="checkbox"/> Escolarização Formal                | <input type="checkbox"/> Fisioterapia                      |
| <input type="checkbox"/> Reforço Escolar                     | <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia                    |
| <input type="checkbox"/> Ensino do método Braille de leitura | <input type="checkbox"/> Atendimento Clínico em Psicologia |
| <input type="checkbox"/> Ensino de Libras                    | <input type="checkbox"/> Provisão de órtese e prótese      |
| <input type="checkbox"/> Atendimentos Médicos                | <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores            |
| <input type="checkbox"/> Atendimento Odontológico            |  |

**23. Qual o tipo de atividade realizada durante as oficinas desta unidade?** *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

- Atividades Esportivas
- Atividades Artísticas e Culturais (musicalização, dança, teatro, entre outras)
- Musicalidade (cantar, tocar instrumentos etc.)
- Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê etc.)
- Atividades de inclusão digital
- Atividades de linguagem (produção de texto, contação de histórias, roda de conversa etc.)
- Atividades que envolvam alimentos (oficinas de culinária, hortas etc.)
- Jogos e Brincadeiras (jogos de tabuleiro etc.)
- Atividades de orientação para o mundo do trabalho
- Passeios e/ou atividades externas
- Outras atividades. Quais? \_\_\_\_\_
- Nenhuma das atividades acima

**24. Quem participa da construção do Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento?** *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção).*

- As(Os) usuárias(os) e/ou os membros da sua família
- As(Os) técnicas(os) de referência da(o) usuária(o)
- A(O) coordenadora(or) do Centro Dia
- As(Os) técnicas(os) do CREAS de referência
- Equipes de outras áreas nas quais a(o) usuária(o) é atendida(o)
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_
- Esta unidade não faz Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento

**25. O Serviço de Proteção Social Especial Para Pessoas Com Deficiência, Idosas e Suas Famílias, ofertado nesta Unidade, possui capacidade para atender quantas(os) usuárias(os) por turno?** *(Se não houver, marcar 0)*

- || usuárias(os) por turno

**26. Em média, quantos dias por semana as(os) usuárias(os) da unidade frequentam este serviço?** *(Resposta única)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> um dia, ou menos, a cada mês | <input type="checkbox"/> dois a três dias por semana    |
| <input type="checkbox"/> um dia por quinzena          | <input type="checkbox"/> quatro a cinco dias por semana |
| <input type="checkbox"/> um dia por semana            | <input type="checkbox"/> mais de cinco dias por semana  |

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> menos de uma hora   | <input type="checkbox"/> sete a oito horas |
| <input type="checkbox"/> uma a duas horas    | <input type="checkbox"/> nove a dez horas  |
| <input type="checkbox"/> duas a três horas   | <input type="checkbox"/> mais de dez horas |
| <input type="checkbox"/> quatro a seis horas |  |

**28. Em relação às vagas do Serviço de PSE para pessoas com deficiência, idosas(os) e suas famílias, informe se: (Resposta única)**

- Todas as vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CREAS de referência
- A maioria das vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CREAS de referência
- A minoria das vagas é preenchida por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CREAS de referência
- As vagas são preenchidas de forma independente, de forma que os encaminhamentos dos CREAS de referência não são um critério de priorização

**29. Qual a principal forma de acesso das demandas recebidas pelo Centro Dia e/ou similar? (Resposta única)**

- Demanda espontânea da população
- Busca ativa
- Encaminhamento dos demais Serviços Socioassistenciais e das demais Políticas Setoriais
- Encaminhamento dos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**30. Esta Unidade oferece alimentação às(aos) usuárias(os)? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não oferta alimentação").**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lanches/Café da manhã | <input type="checkbox"/> Jantar                 |
| <input type="checkbox"/> Almoço                | <input type="checkbox"/> Lanche/Café da Noite   |
| <input type="checkbox"/> Lanche/ Café da Tarde | <input type="checkbox"/> Não oferta alimentação |

**31. Existe apoio para o deslocamento das famílias/indivíduos para a sede dessa Unidade? (resposta única)**

- Sim, para todas(os) as(os) usuárias(os)
- Sim, para algumas(ns) usuárias(os)
- Não *(pule para a questão 33)*

**32. Como se dá este apoio? (Admite múltiplas respostas)**

- A unidade possui transporte especializado para o deslocamento das(os) usuárias(os)
- A unidade fornece ajuda de custo (passagens) para o deslocamento das(os) usuárias(os)
- O poder público fornece gratuidade no transporte público para pessoas com deficiência e idosas
- O poder público fornece passagens (vale-transporte etc.)
- O poder público fornece transporte especializado para o deslocamento das(os) usuárias(os)
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**33. Há participação das(os) usuárias(os) nas atividades de planejamento deste Centro Dia e similar?**

- Não *(pule para a questão 35)*
- Sim, porém de maneira informal e ocasional
- Sim, de maneira informal, mas regular
- Sim, de maneira formal e regular

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

- As(os) usuárias(os) e/ou familiares participam das reuniões de planejamento desta unidade.
- As(os) usuárias(os) contam com representante que participa do planejamento desta unidade.
- As (Os) usuárias(os) escolhem os temas a serem trabalhados nas atividades coletivas (oficinas/palestras) da unidade.
- A equipe técnica disponibiliza outros meios para avaliação da oferta (questionário de satisfação, pesquisa de opinião, urna de sugestões).
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**BLOCO 5 – Perfil das(os) Usuárias(os)**

35. Informe o número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de agosto de 2020, conforme o quadro abaixo: *(Se não houver, marcar 0)*

Número de usuárias(os) atendidas(os) no mês de agosto de 2020	Quantidade
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	_ _ _ _
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos, com deficiência	_ _ _ _
Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	_ _ _ _
Jovens e adultas(os) (18 a 59 anos) com deficiência	_ _ _ _
Idosas(os) (60 anos ou mais) com deficiência	_ _ _ _
Idosas(os) (60 anos ou mais) dependentes pela idade, sem deficiência	_ _ _ _
<b>Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de agosto de 2020</b>	_ _ _ _ _  ( ) Não Sabe

36. Indique a quantidade de pessoas segundo o tipo de deficiência durante o mês de agosto de 2020: *(Caso o indivíduo tenha deficiência múltipla, marcar todas as deficiências. O valor de cada linha não pode ser maior que o Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de agosto de 2019. Caso não haja pessoas com algum tipo específico de deficiência, informe o valor "0")*

Número de usuárias(os) atendidas(os) no Serviço no mês de agosto de 2020	Quantidade	
Deficiência Física	_ _ _ _	( ) Não Sabe
Deficiência Visual	_ _ _ _	( ) Não Sabe
Deficiência Auditiva	_ _ _ _	( ) Não Sabe
Deficiência Intelectual	_ _ _ _	( ) Não Sabe
Deficiência Mental	_ _ _ _	( ) Não Sabe
Autismo	_ _ _ _	( ) Não Sabe
Microcefalia decorrente de Zika	_ _ _ _	( ) Não Sabe

37. Dentre as(os) usuárias(os) atendidas(os) nesta unidade no mês de agosto de 2020, informe: *(Caso não haja beneficiárias(os) do BPC entre as pessoas desta Unidade, informe o valor "zero")*

_ _ _  Quantidade de pessoas Idosas(os) beneficiárias do BPC	_  Não sabe informar
_ _ _  Quantidade de pessoas com deficiência beneficiárias do BPC	_  Não sabe informar
_ _ _  Quantidade de pessoas que recebem pensão/aposentadoria	_  Não sabe informar
_ _ _  Quantidade de pessoas com famílias beneficiárias do PBF	_  Não sabe informar
_ _ _  Quantidade de pessoas que recebem a Pensão Especial por Microcefalia	_  Não sabe informar

38. Atualmente, em média, quantos usuário ficam na unidade em: *(Caso não haja, informe o valor "zero")*

_ _ _  Em período integral	_  Não sabe informar
_ _ _  Em meio período	_  Não sabe informar
_ _ _  Em período menor do que meio período	_  Não sabe informar

**BLOCO 6 – FUNCIONAMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID19**

39. Como se deu o funcionamento deste Centro dia e/ou similar durante a pandemia do Coronavírus e a frequência com isto ocorreu? *(Resposta única por linha)*

|\_| Este Centro dia e/ou similar ficou fechado em todo tempo da pandemia *(pule para a questão 42)*

	Sempre	Na maior parte do tempo	Às vezes	Na menor parte do tempo	Nunca
Ofertou atendimento presencial ao público em geral	_	_	_	_	_
Ofertou apenas os atendimentos presenciais agendados	_	_	_	_	_
Ofertou atendimentos/acompanhamento apenas para o público prioritário	_	_	_	_	_
Ofertou teleatendimento por telefone e aplicativos de videoconferência	_	_	_	_	_
Ofertou atividades coletivas (oficinas, grupo, ações comunitárias);	_	_	_	_	_
Realizou visitas domiciliares	_	_	_	_	_
Outro. Qual? _____	_	_	_	_	_



40. Como estava a jornada de trabalho das(os) profissionais durante a pandemia? *(Admite múltiplas respostas)*

- Teve que ampliar o número de profissionais  
 Com jornada de trabalho normal (semelhante a jornada anterior a pandemia)  
 Com jornada de trabalho reduzida  
 Outros. Qual? \_\_\_\_\_

41. Os trabalhadores desta unidade tiveram acesso a Equipamentos de Proteção Individual? *(Resposta única)*

- Sim, na quantidade adequada para o atendimento  
 Sim, mas em quantidade insuficiente  
 Não

**BLOCO 7 – ARTICULAÇÃO**

42. Indique as ações de articulação deste Centro dia e similar com os seguintes serviços, programas ou instituições existentes no município: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar 'Não possui articulação' ou 'Serviço ou Instituição não existente no município ou no DF')*

Serviços, programas ou instituições com os quais mantém articulação	Tipo de Articulação								Não tem nenhuma articulação	Serviço ou instituição não existente no Município ou no DF
	Possui dados de localização (endereço, telefone, etc.)	Recebe usuáries(os) encaminhadas(os) s por este Centro-Dia	Encaminha usuáries(os) para este Centro-Dia	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca Informações	Realiza estudos de caso em conjunto	Desenvolve atividades em parceria		
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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Saúde	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Educação	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de Justiça/ Judiciário	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Organizações e Entidades de Garantia e Defesa de Direitos das pessoas com Deficiência e/ou Idosas	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Unidades e Projetos de Qualificação para o mundo do trabalho	<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"/>	<input type="checkbox"/>

**BLOCO 8 – GESTÃO DE PESSOAS**

43. Nesta unidade, algum(a) profissional já participou de algum curso sobre o Serviços de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias? *(Caso não haja, informe o valor "zero")*

- Sim. Quantos?       Não

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

- Exerce exclusivamente a função de coordenadora(or)  
 Acumula as funções de coordenadora(or) e de técnica(o) nesta Unidade  
 Acumula as funções de coordenadora(or) com outra atividade  
 Não há coordenadora(or) nesta Unidade

45. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária 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			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária <b>SEMANAL</b>	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											

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

<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>Função na unidade</b>	<b>Carga Horária</b>
0. Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1. Comissionado	1. Coordenador(a)	1. Até 10 horas semanais
1. Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicóloga(o)	2. Servidor/Estatutário	2. Técnico(a) de Nível Superior	2. De 11 a 20 horas semanais
2. Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagoga(o)	3. Servidor Temporário	3. Cuidador(a) social	3. De 21 a 30 horas semanais
3. Ensino Médio Incompleto	4 – Advogada(o)	4. Empregado Público Celetista – CLT	4. Auxiliar de Cuidador	4. De 31 a 40 horas semanais
4. Ensino Médio Completo	5 – Administrador(a)	5. Terceirizado	5. Educador(a) Social	5. De 41 a 44 horas semanais
5. Ensino Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)	6. Empregado Celetista do setor privado - CLT	6. Apoio administrativo	6. Mais de 44 horas semanais
6. Ensino Superior Completo	7 – Socióloga(o)	7. Outro vínculo não permanente	7. Estagiário(a)	
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Voluntário	8. Serviços Gerais	
8. Mestrado	9 – Cientista política(o)		9. Outros	
9. Doutorado	10 – Nutricionista			
	11 – Médica(o)			
	12 – Musicoterapeuta			
	13 – Terapeuta Ocupacional			
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstica(o)			
	16 – Enfermeira(o)			
	17 – Analista de sistema			
	18 – Programador(a)			
	19 – Outro profissional de nível superior			
	20 – Profissional de nível médio			
	21 – Sem formação profissional			

*Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, Função e Carga Horária e Serviços realizado de cada trabalhador.*

**BLOCO 9 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO**

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

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

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

**Cargo/Função:**  
 Coordenador(a) da unidade  
 Técnica(o) de nível superior da unidade  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**Cargo/Função:**  
 Secretária(o) Municipal/Estadual de Assistência Social ou congêneres  
 Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.  
 Técnica(o) da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congêneres  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

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

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

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