

CENSO SUAS 2025

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Centro dia e similares

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

<https://censo-suas.mds.gov.br/censocidadania/index.php>

Este questionário deve ser preenchido para as Unidades Não-Governamentais e Governamentais que executam o 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 2025 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@mds.gov.br
- ✓ Pelo telefone: 121
- ✓ Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>
- ✓ Ou ainda pelos telefones 61 2030-3300 e 3325

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.

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

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

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

- 18.1** Quantidade de computadores na unidade | | | |
18.2 Quantidade de computadores conectados à internet | | | |
18.3 Dentre os computadores conectados à Internet, quantos estão disponíveis para serem usados pelas(os) usuárias(os)? | | | |

19. 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

20. 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(as) 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
- Acompanhamento das(os) usuárias(os) encaminhados para a rede
- Registro de informações em prontuário
- Palestras e oficinas envolvendo a comunidade
- Provimento de bens materiais
- Realiza atividade de cuidados básicos de vida diária e de autocuidado (higiene, alimentação, descanso)
- Realiza atividades de cuidados instrumentais da vida diária (ex. cuidar das próprias finanças, preparar a alimentação)

21. 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

22. 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

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

- Menos que uma vez por semana
- Um dia por semana
- Dois a três dias por semana
- Quatro a cinco dias por semana
- Mais de cinco dias por semana

24. 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"/> três a quatro horas | <input type="checkbox"/> mais de dez horas |
| <input type="checkbox"/> cinco a seis horas | |

25. 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

26. Esta Unidade oferece alimentação às(as) 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 |

27. Existe apoio para deslocamento das famílias/indivíduos para a sede desta Unidade e como se dá este apoio? (Admite múltiplas respostas)

- Não fornece apoio.
- 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? _____

28. 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? _____

29. O serviço mantém lista de espera de usuários?

- Sim Não (pular para a questão 31)

30. Se sim, quantas pessoas estão neste momento em lista de espera? _____

BLOCO 5 – PERFIL DAS(OS) USUÁRIAS(OS)

31. Informe o número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de agosto de 2025, conforme o quadro abaixo: (Se não houver, marcar 0)

Número de usuárias(os) atendidas(os) no Serviço no mês de agosto de 2025	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 adultos(as) (18 a 59 anos) com deficiência	_____
Idosos(as) de 60 a 79 anos, com deficiência	_____
Idosos(as) com 80 anos ou mais, com deficiência	_____
Idosos(as) de 60 a 79 anos dependentes pela idade, sem deficiência	_____
Idosos(as) com 80 anos ou mais, dependentes pela idade, sem deficiência	_____
Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de agosto de 2025	_____ () Não Sabe

32. Indique a quantidade de pessoas segundo o tipo de deficiência durante o mês de agosto de 2025:

(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 2025. 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 2025	Quantidade
Deficiência Física	_____ () Não Sabe
Deficiência Visual	_____ () Não Sabe
Deficiência Auditiva	_____ () Não Sabe
Deficiência Intelectual	_____ () Não Sabe
Deficiência Mental	_____ () Não Sabe

Autismo	<input type="checkbox"/>	() Não Sabe				
Microcefalia decorrente de Zika	<input type="checkbox"/>	() Não Sabe				

33. Dentre as(os) usuárias(os) atendidas(os) nesta unidade no mês de agosto de 2025, informe: (Caso não haja beneficiárias(os) do BPC entre as pessoas desta Unidade, informe o valor "zero")

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Quantidade de pessoas Idosas(os) beneficiárias do BPC | <input type="checkbox"/> | Não sabe informar |
| <input type="checkbox"/> | Quantidade de pessoas com deficiência beneficiárias do BPC | <input type="checkbox"/> | Não sabe informar |
| <input type="checkbox"/> | Quantidade de pessoas que recebem pensão/aposentadoria | <input type="checkbox"/> | Não sabe informar |
| <input type="checkbox"/> | Quantidade de pessoas que recebem a Pensão Especial por Microcefalia | <input type="checkbox"/> | Não sabe informar |

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

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Período integral | <input type="checkbox"/> | Não sabe informar |
| <input type="checkbox"/> | Meio período | <input type="checkbox"/> | Não sabe informar |
| <input type="checkbox"/> | Menos do que meio período | <input type="checkbox"/> | Não sabe informar |

35. 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 usuárias(os) encaminhadas(os) s por este Centro-Dia	Encaminha usuárias(os) para este Centro-Dia	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca Informações	Realiza estudos de caso em conjunto		
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

BLOCO 6 – GESTÃO DE PESSOAS

36. 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

37. 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 SEMANAL	Início do exercício da função DD/MM/AAAA
				Número	Órgão Emissor	UF							
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
15)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					
16)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>					

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função na unidade	Carga Horária
0. Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1. Comissionado	1. Coordenador(a)	1. Até 10 horas semanais
1. Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicóloga(o) 3 – Pedagoga(o) 4 – Advogada(o) 5 – Administrador(a)	2. Servidor/Estatutário 3. Servidor Temporário 4. Empregado Público Celetista – CLT 5. Terceirizado	2. Técnico(a) de Nível Superior 3. Cuidador(a) social 4. Auxiliar de Cuidador 5. Educador(a) Social 6. Apoio administrativo	2. De 11 a 20 horas semanais 3. De 21 a 30 horas semanais 4. De 31 a 40 horas semanais 5. De 41 a 44 horas semanais
2. Ensino Fundamental Completo	6 – Antropóloga(o) 7 – Socióloga(o) 8 – Fisioterapeuta	6. Empregado Celetista do setor privado - CLT	7. Estagiário(a)	3. De 21 a 30 horas semanais 4. De 31 a 40 horas semanais 5. De 41 a 44 horas semanais
3. Ensino Médio Incompleto	9 – Cientista política(o)	7. Outro vínculo não permanente	8. Serviços Gerais	
4. Ensino Médio Completo	10 – Nutricionista	8. Voluntário	9. Outros	
5. Ensino Superior Incompleto	11 – Médica(o)			
6. Ensino Superior Completo	12 – Musicoterapeuta			
7. Especialização	13 – Terapeuta Ocupacional			
8. Mestrado	14 – Economista			
9. Doutorado	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 7 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO**38. 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:**

- Secretaria(o) Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere
 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 congênere
 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 congênere)**