

CENSO SUAS 2025

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Unidades executoras do Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

O Serviço de Acolhimento Familiar em Família Acolhedora organiza o acolhimento de **crianças e adolescentes** afastados da família por medida de proteção por determinação do Poder Judiciário, em residência de famílias acolhedoras cadastradas. É previsto até que seja possível o retorno à família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para adoção. Família Acolhedora para Idosos e Alocação de crianças/adolescentes em família extensa (Guarda Subsidiada) não preenchem este questionário

Para mais informações, acesse a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistencial: [clique aqui](#)

No caso de serviços de acolhimento em família acolhedora pertencentes ao governo estadual (execução direta ou por convênio), caberá à Secretaria Estadual coletar e preencher as informações.

Deverão ser coletadas informações sobre **todas** as unidades que ofertam Serviços de Acolhimento em Família Acolhedora vinculados à política de assistência social, inclusive de entidades que **não possuem convênio** com o poder público

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:
<https://falemds.centralit.com.br/atendimento/chatmds/index.html>
- Email: vigilanciasocial@mds.gov.br
- Formulário Eletrônico de E-mail: <https://falemds.centralit.com.br/formulario/>
- Pelo telefone: 121
- Ou ainda pelos telefones 61 2030-3300 e 3376

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

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS

Nome do Serviço: _____
Informe o Tipo de Logradouro da Sede do Serviço (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: _____
Data de Implantação da unidade: _____ (dd/mm/aaaa)

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

1. Indique a Natureza da Unidade: (*Marcação única – caso necessário, atualize no CADSUAS*)

- Governamental (*pule para questão 6*)
 Não Governamental/Organização da Sociedade Civil

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

_____ (caso necessário, atualize no CADSUAS)

3. 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

4. Este serviço recebeu, nos últimos 12 meses, recurso do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente – FIA (oriundo do CMDCA e/ou CEDCA)

SIM NÃO Não sabe informar

5. Qual foi o custo mensal de manutenção deste Serviço no mês de agosto de 2025, considerando os gastos com salários, aluguel da sede, telefone, etc (EXCLUINDO o valor dos subsídios repassados às famílias acolhedoras)?

R\$ _____ | Não sabe informar.

6. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) o serviço 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 de políticas públicas específicas. Esta pergunta não se refere a participação de pessoas em conselhos, mas de inscrição/registro da entidade nestes Conselhos. Pode ser Municipal/Distrital/Estadual

- Conselho de Assistência Social (*caso seja “governamental”, não marque este item*)
 Conselho de Direitos da Criança e Adolescente
 Outros. Qual? _____
 Em nenhum Conselho

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

Estadual Municipal

8. Este é um serviço de oferta regionalizada (organizado para atender a demanda de um grupo de municípios)?

- Sim, sob gestão estadual
 Sim, por meio de consórcio/convênio entre municípios
 Não (pule para questão 10)

9. Em caso de serviço regionalizado, especificar:

- Número de municípios atendidos pelo serviço regionalizado (sede e vinculados)

Liste os municípios atendidos pelo serviço regionalizado (sede e vinculados):

Município 1:

Município 2:

Município 3:

Município n:

10. Este Serviço é regulamentado? (Resposta única)

- Sim, por Lei Sim, por outro instrumento normativo
 Sim, por Decreto Não

11. A Normativa que regulamenta este serviço permite a permanência dos jovens na família acolhedora após completarem 18 anos? (Permite múltipla resposta, exceto quando marcar “não” ou “não sabe informar”)

- Sim, até os 21 anos
 Sim, sem delimitação de prazo para jovens com deficiência
 Sim, por outro prazo. Qual: _____
 Não
 Não sabe informar

12. Em que ano este Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora foi implantado?

13. Existe repasse de subsídio financeiro para as famílias acolhedoras deste serviço?

- | | Sim | | Não (**pule para a questão 15**)

14. Qual é o valor mensal do subsídio financeiro repassado à cada família acolhedora, por criança/adolescente?

R\$ | | | | | | | | Não sabe

15. Existe outro tipo de apoio não financeiro ou isenção destinados às famílias acolhedoras? (Permite múltipla resposta, exceto quando marcar “não”)

- Sim, são disponibilizados itens para a manutenção da criança/adolescente acolhida (p.ex: fraldas, vestuário, alimentação, medicamentos, material escolar, dentre outros)

Sim, são disponibilizados itens de mobiliário e transporte para uso da criança/adolescente acolhida (p.ex: berço, carrinho de bebê, etc.).

Sim, há isenção de impostos ou taxas públicas (p.ex: IPTU, etc)

Sim, outros. Qual? _____

Não

16. Este serviço possui delimitação do perfil de acolhidos? (Resposta única)

- Sim, crianças na primeira infância (0 a 6 anos de idade)
 Sim, outros. Qual? _____
 Não

17. Há famílias acolhedoras que aceitam acolher grupo de crianças/adolescentes com grupo de irmãos/vínculos afetivos? (Marcação única)

- Sim, acolhem sempre que há demanda
 Sim, acolhem algumas vezes
 Não acolhem

BLOCO 3 – CARACTERÍSTICAS DAS (OS) ACOLHIDAS(OS)

18. Neste momento, quantas crianças/adolescentes estão sendo acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora? (Caso não tenha, marcar 0. Utilize como referência a semana do preenchimento do questionário)

19. Quantas crianças/adolescentes foram acolhidas por meio deste Serviço de Família Acolhedora nos últimos 12 meses, entre 01/outubro/2024 e 30/setembro/2025? (Caso não tenha, marcar 0. Considerar crianças/adolescentes atualmente acolhidas que ingressaram na unidade até 30/09/2025).

Não Sabe

20. Informe o sexo e faixa etária das crianças/adolescentes que estão acolhidas por meio do Serviço de Família Acolhedora neste momento: (Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 18. Caso não tenha, marcar 0)

Sexo	Quantidade de crianças e adolescentes 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	Acima de 18	
Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Feminino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

21. Das crianças/adolescentes ATUALMENTE acolhidas neste serviço , quantas delas vieram encaminhadas de outras localidades? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)

	Quantidade de pessoas	Não Sabe
Vieram de outro município do estado	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vieram de outros estados	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vieram de outros países (refugiada(o)/imigrante)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22. Caso tenha crianças/adolescentes ATUALMENTE acolhidas que vieram de outros países, indique quantos por nacionalidade (Caso não tenha, marcar 0)

Venezuelanos
 Outros. Quais? _____

23. Das crianças/adolescentes que estão acolhidas neste momento, informe o tempo que estão no serviço: (Atenção! Verifique se o Total de Pessoas acolhidas registrado neste Quadro coincide com o Total informado na questão 18. Caso não tenha, marcar 0)

Tempo de acolhimento	Quantidade de acolhidos
Menos de 1 Mês	<input type="text"/>
De 1 a 3 meses	<input type="text"/>
De 4 a 6 meses	<input type="text"/>
De 7 a 12 meses	<input type="text"/>
De 13 a 18 meses	<input type="text"/>
De 19 a 24 meses	<input type="text"/>
De 25 a 48 meses	<input type="text"/>
De 49 a 72 meses	<input type="text"/>
Mais de 72 meses (mais de 6 anos)	<input type="text"/>
Total de Pessoas Acolhidas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

24. Entre as crianças e adolescentes que estão acolhidas hoje neste serviço, quantas possuem alguma das características abaixo? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)

Especificidade	Qtde.
Deficiência (física/ sensorial/ intelectual)	
Transtorno mental / Sofrimento psíquico	
Com necessidade de cuidados especializados devido a condições de saúde (p.ex: traqueostomizados, com necessidade de suporte ventilatório ou de outros aparelhos para suporte à vida, tratamento ou nutrição parenteral, alimentação enteral, terapias injetáveis, realização de curativos complexos, dentre outros procedimentos)	
Adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas em meio aberto ou Egressos do sistema socioeducativo	
Trajetória de rua	
Indígenas	
Outros Povos e comunidades tradicionais (quilombolas, ciganos, ribeirinhos, extrativistas etc.)	
Dependência de álcool ou outras drogas	
Gestantes	

25. Em relação à cor/raça dos acolhidos, indique a quantidade de crianças/adolescentes em cada perfil: (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)

Cor/Raça	Qtde.	Não sabe informar
Preta		
Parda		
Branca		
Amarela		
Indígena		
Não sabe informar		
TOTAL		

26. Indique a quantidade de crianças/adolescentes acolhidas de acordo com o motivo do acolhimento (para preenchimento, considerar o principal motivo que levou ao acolhimento da criança/adolescente).: (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)

Principal Motivo do Acolhimento	Qtde.
Entrega voluntária para adoção	
Orfandade	
Abandono	
Pais/responsáveis usuários abusivos de álcool ou drogas ilícitas	
Pais/responsáveis com deficiência	
Pais/responsáveis com transtorno mental/sofrimento psíquico	
Ausência dos pais/ responsáveis por doença	
Ausência dos pais/ responsáveis por prisão ou MSE de Internação	
Violência doméstica - física	
Violência doméstica - psicológica	
Abuso sexual intrafamiliar	
Submetido à Exploração Sexual (prostituição, pornografia)	
Conflito familiar	
Submetido à exploração do trabalho ou mendicância	
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/adolescente com condições de saúde específicas	

Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/adolescente com dependência química	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Criança ou adolescente sob ameaça de morte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Criança/Adolescente em situação de rua (desacompanhada)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Negligência na família	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Família em situação de rua	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Família com moradia insalubre/em área de risco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Carência de recursos materiais da família/responsável	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Não sabe informar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

27. Nos últimos 12 meses, quantas crianças/adolescentes deste serviço: (Atenção! Caso não tenha, marcar 0)

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
Retornaram às suas famílias naturais/família de origem (pai e/ou mãe)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foram encaminhados às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foram encaminhados a famílias adotivas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vieram transferidos de outras unidades de acolhimento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deixaram o serviço encaminhados para outras unidades de acolhimento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foram desligados por completarem 18 anos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. ATUALMENTE, quantas crianças/adolescentes deste serviço: (Atenção! Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de cada linha não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido reintegradas às suas famílias de naturais/família de origem (pai e/ou mãe)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido reintegradas às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido encaminhadas a famílias adotivas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. ATUALMENTE, das crianças/adolescentes acolhidas neste serviço, quantas: (Caso não tenha, marcar 0)

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
São filhas(os) de pais privados de liberdade (encarcerados)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
São mães adolescentes acolhidas junto com seu(s) filho(s)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estão aptas a adoção	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estão ameaçadas de morte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participam de Programa de Apadrinhamento Afetivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não recebem visitas/contato de seus familiares por impedimento judicial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não recebem visitas/contato de seus familiares, mesmo não havendo impedimento judicial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Quantas crianças e adolescentes acolhidos são oriundas de famílias beneficiárias do PBF? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de famílias não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)

Quantidade de crianças/adolescentes Não sabe informar

31. Quantas crianças/adolescentes acolhidos são oriundas de famílias com renda inferior a um salário mínimo? (Caso não tenha, marcar 0. A quantidade de crianças/adolescentes não pode ser maior que o TOTAL informado na questão 18)

Quantidade de crianças/adolescentes Não sabe informar

BLOCO 4 – SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

32. Indique quais das atividades abaixo são promovidas para a divulgação do Serviço de Acolhimento em Famílias Acolhedoras e captação de novas famílias acolhedoras: (admite múltipla resposta, exceto se marcar “Não realiza nenhuma das atividades acima”)

- Outdoors e busdoors
- Cartazes e/ou distribuição de material de divulgação em locais de grande circulação
- Campanhas e/ou entrevistas em rádios, TV e mídia impressa
- Realização de eventos, encontros, palestras, seminários sobre o tema
- Divulgação por meio de redes sociais
- Articulação com lideranças comunitárias, associações, movimentos religiosos, dentre outros, para busca ativa de famílias acolhedoras
- Outros. Quais: _____
- Não realiza nenhuma das atividades acima

33. Em relação à capacitação inicial das famílias acolhedoras, informe a Carga Horária da capacitação: (Caso não tenha, marcar 0)

_____ horas

34. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pelo serviço para seleção, formação e acompanhamento das famílias acolhedoras: (admite múltipla resposta, exceto se marcar “Não realiza nenhuma das atividades acima”)

SELEÇÃO DAS FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

- Reunião informativa ou Palestra de Apresentação do Serviço
- Análise documental
- Entrevistas
- visitas domiciliares
- Outro. Quais: _____
- Não realiza nenhuma atividade de seleção

FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA DAS FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

- Encontros de capacitação inicial, em grupo
- Encontros de capacitação inicial com cada família candidata
- Palestras temáticas
- Rodas de Conversa/ Reuniões em grupo periódicas com as famílias acolhedoras
- Outro. Quais: _____
- Não realiza nenhuma atividade de formação inicial e continuada

ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

- Aproximação supervisionada entre a criança/adolescente e família acolhedora
- Visitas domiciliares periódicas às famílias acolhedoras
- Atendimento psicossocial individualizado da família acolhedora
- Contato por whatsapp / telefone
- Outro. Quais: _____
- Não realiza nenhuma atividade de acompanhamento

35. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pelo serviço no acompanhamento das crianças/adolescentes acolhidos e das famílias de origem: (Admite múltipla resposta, exceto se marcar “Não realiza nenhuma das atividades acima”)

- Atendimento psicossocial individualizado da criança/adolescente
- Espaço de escuta qualificada permanente com a criança/adolescente
- Acompanhamento escolar
- Acompanhamento na saúde
- Encaminhamento para emissão de documentos
- Apoio e encaminhamento de adolescentes acolhidos para qualificação profissional e mercado de trabalho
- Identificação da família natural, família extensa ou ampliada
- Viabilização de encontros com a família de origem
- Construção de um plano de acompanhamento da família de origem
- Atendimento psicossocial individualizado da família de origem
- Reuniões em grupo com as famílias de origem
- Entrevistas com a família de origem
- Visitas domiciliares à família de origem
- Elaboração de Genograma, Ecomapa ou outras ferramentas similares

- Envio de relatório trimestral para o Judiciário
- Estudo de caso pela equipe do serviço
- Encaminhamento para a rede (socioassistencial ou setorial)
- Discussão de casos com outros profissionais da rede
- Outro. Quais: _____
- Não realiza nenhuma das atividades acima

36. Em relação à saída da criança/adolescente da família acolhedora para retorno à família de origem ou encaminhamento a família adotiva, marque as alternativas que melhor descrevam como esse processo tem sido realizado: (Admite múltipla resposta, exceto se marcar "Não sabe informar")

- A equipe do judiciário informa com antecedência as decisões quanto ao encaminhamento para adoção / reintegração e possibilita que a equipe do serviço atue junto às famílias e aos acolhidos, possibilitando uma transição gradual.
- A equipe do judiciário não costuma informar com antecedência as decisões quanto ao encaminhamento para adoção / reintegração, e não favorece um processo gradual de aproximação.
- Na maior parte das vezes, o tempo de transição / preparação para a saída da família acolhedora é SUFICIENTE, possibilitando um processo gradual de aproximação entre a criança/adolescente com a família de origem / adotante, favorecendo momentos adequados de despedida.
- Na maior parte das vezes, o tempo de transição / preparação para a saída da família acolhedora é INSUFICIENTE, e as saídas são ABRUPTAS, sem a realização de momentos adequados de despedida.
- Não sabe informar

37. Informe quais ações são realizadas pelo serviço e pelas famílias acolhedoras para preparar os adolescentes acolhidos para o desligamento por maioridade? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar uma das duas últimas)

- Apoio ao adolescente acolhido e/ou jovem egresso para a qualificação profissional e trabalho remunerado
- Encaminhamento para república
- Encaminhamento para inclusão em programas de transferência de renda e/ou benefícios assistenciais
- Encaminhamento para inclusão em programas de habitação
- Atividades que desenvolvem a autonomia quanto ao uso e gestão do dinheiro
- Atividades que desenvolvem a autonomia, tais como: cuidado com a residência, utilização de serviços públicos
- Outros
- Não realiza ações de preparo para o desligamento
- Não atende adolescentes até a maioridade

38. O serviço possui os seguintes instrumentais? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)

- Projeto Político-Pedagógico (PPP)
- Prontuários de atendimento individualizados das(os) acolhidas(os)
- Plano Individual de Atendimento (PIA) de cada pessoa acolhida
- Outro. Qual? _____
- Não possui nenhum dos instrumentais acima mencionados

39. A família acolhedora tem o termo de guarda da(s) criança(s)? (Resposta única)

- Sim, para todas as crianças
- Sim, para algumas crianças
- Não

40. Com que frequência, em média, cada família acolhedora com criança/adolescente acolhida é acompanhada? (Resposta única)

Caso o serviço não tenha crianças/adolescentes acolhidas no momento, informe qual seria o padrão do serviço.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apenas quando há necessidade | <input type="checkbox"/> Mensalmente |
| <input type="checkbox"/> Semestralmente | <input type="checkbox"/> Quinzenalmente |
| <input type="checkbox"/> Trimestralmente | <input type="checkbox"/> Semanalmente |
| <input type="checkbox"/> Bimestralmente | <input type="checkbox"/> A família não é acompanhada |

41. Quem realiza o acompanhamento das(os) crianças/adolescentes após o seu desligamento do Serviço? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar uma das duas últimas alternativas)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A própria unidade/serviço de acolhimento
<input type="checkbox"/> O CREAS
<input type="checkbox"/> O CRAS
<input type="checkbox"/> Unidades do Sistema de Justiça (Varas, Ministério Público, Defensoria) | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Não sabe informar (pule para a questão 43)
<input type="checkbox"/> Não é realizado acompanhamento (pule para a questão 43) |
|---|--|

42. Por quanto tempo, em média, a criança/adolescente é acompanhada após seu desligamento? (Resposta única)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> menos de 3 meses
<input type="checkbox"/> de 3 a 5 meses
<input type="checkbox"/> 6 meses | <input type="checkbox"/> de 7 a 12 meses
<input type="checkbox"/> mais de 1 ano
<input type="checkbox"/> Não sabe informar |
|--|--|

43. Com que frequência é permitido o contato das crianças/adolescentes acolhidas com suas famílias de origem (naturais e extensas) e/ou com outras pessoas com vínculos afetivos? (Marcação única por coluna)

	Familiares	Outras pessoas
Não é permitido contato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 3 a 6 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1 a 2 dias na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quinzenalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apenas em algumas datas específicas do ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Qual o tipo de articulação que este serviço 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								Serviço ou instituição não existente no Município
	Possui dados da localização (endereço, telefone etc.)	Recebe usuárias(os) encaminhadas(os) por este Serviço de Família Acolhedora	Encaminha usuárias(os) para este Serviço de Família Acolhedora	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca Informações	Realiza estudos de caso em conjunto	Desenvolve atividades em parceria	
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"/>
Outros Serviços 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"/>
Unidades Educacionais (creches/escolas/universidades)	<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"/>
CAPS / CAPS-i / CAPS-ad	<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"/>
UBS e outros 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"/>
Judiciário									
Ministério Público	<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"/>
Defensoria Pública	<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 e programas de qualificação profissional, encaminhamento a emprego e/ou geração de renda	<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"/>
Programas de Habitação Social ou congêneres	<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 – FAMÍLIAS ACOLHEDORAS

45. Qual o número de famílias acolhedoras em processo de habilitação ou em formação (ainda não aptas para acolher):

46. Qual o número de famílias acolhedoras cadastradas no serviço (que estejam aptas a acolher e/ou estejam acolhendo):

47. O número atual de famílias acolhedoras tem sido suficiente para atender a demanda de acolhimentos do serviço?

SIM NÃO

Não sabe informar

48. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, formação, profissão, vínculo, função, de cada Responsável Familiar da Família Acolhedora já apta a receber crianças/adolescentes.

Atenção! No campo Início do Exercício da Função, preencher com a data em o Termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar. Apenas há a necessidade de cadastrar as famílias já aptas a receber crianças.

O serviço ainda não possui nenhuma família acolhedora apta. (Siga para a questão 49)

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	E-mail	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	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"/>	
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<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"/>	

Atenção!

Temporariamente, o cadastro das Famílias Acolhedoras está sendo feito na aba de Recursos Humanos do CADSUAS. Para tal, é necessário inserir todas as informações do Responsável Familiar na aba “Pessoa Física” do CADSUAS. Após responder a aba Pessoa Física, é preciso vinculá-la a Unidade de Acolhimento – Família Acolhedora, e informar em cargo/ função, a opção: **Família Acolhedora**. Carga Horária: **Maior que 40 horas semanais**, Vínculo Institucional: **Sem Vínculo** e no campo início do exercício da função, preencher com a data em que o termo de Adesão e Compromisso foi assinado pelo Responsável Familiar.

Para uma Orientação mais detalhada, acesse: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/snus/vigilancia/index6.php>

BLOCO 6 – ESTRUTURA FÍSICA DO SERVIÇO

49. Situação do imóvel onde funciona a Sede do Serviço de Família Acolhedora - SFA: (*Marcação única*)

- Imóvel exclusivo para o SFA
- Imóvel compartilhado com CREAS
- Imóvel compartilhado com CRAS
- Imóvel compartilhado com outro serviço ou órgão. Qual: _____
- O SFA não possui sede

50. Descreva os espaços físicos que compõem a sede do Serviço: (*Atenção! Cada espaço/cômodo deve ser contado uma única vez! Você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal.*)

Espaços	Possui?	
	SIM	NÃO
Sala para atendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala/espaco para reuniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala para equipe técnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala para coordenação / atividades administrativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de recepção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Indique os equipamentos e materiais, em perfeito funcionamento, a disposição deste serviço: (*Admite múltipla resposta*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo | <input type="checkbox"/> Impressora |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado | <input type="checkbox"/> Equipamento de som |
| <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico (livros) | <input type="checkbox"/> Equipamento de projeção de imagens |
| <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos, jogos, brinquedos | <input type="checkbox"/> Bebedouro e/ou filtro |
| <input type="checkbox"/> Telefone fixo | <input type="checkbox"/> Computadores ligados à Internet. Quantos? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Celular | |

BLOCO 7 – GESTÃO DE PESSOAS

52.A equipe técnica (psicólogo / assistente social) que trabalha com o Serviço de Família Acolhedora é exclusiva deste serviço? (*Resposta única*)

- Todas(os) as(os) profissionais são exclusivos
- Parte da equipe é exclusiva
- Não há profissionais exclusivas(os) do serviço
- Não há equipe técnica neste Serviço

53.O(A) coordenador(a) deste Serviço: (*Resposta única*)

- Exerce exclusivamente a função de coordenador(a) deste serviço
- Exerce concomitantemente a função de coordenador(a) deste serviço e de outro serviço socioassistencial
- Acumula as funções de coordenadora(or) e de técnica(o) neste serviço
- Acumula as funções de coordenadora(or) com outra atividade
- Não há coordenadora(or) neste serviço

54. Nos últimos 12 meses, foi proporcionada a participação das(os) profissionais do serviço em capacitação sobre o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora ou sobre temas relativos a crianças e adolescentes?

- Sim, capacitação presencial. Quantas(os) profissionais?
- Sim, capacitação à distância. Quantas(os) profissionais?
- Não
- Não sabe informar

55. 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	E-mail	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga Horária	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
					Número	Órgão Emissor	UF						
1)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
2)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
3)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
4)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
5)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
6)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
7)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
8)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
9)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
10)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
11)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
12)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função	Carga Horária
0. Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1. Empregada(o) Celetista do Setor Privado	1. Coordenador(a)	1. Até 10 horas semanais
1. Fundamental Incompleto	2 – Psicóloga(o)	2. Terceirizada(o)	2. Técnico(a) de Nível Superior	2. De 11 a 20 horas semanais
2. Fundamental Completo	3 – Pedagoga(o)	3. Outro vínculo não permanente	3. Cuidador(a)	3. De 21 a 30 horas semanais
3. Médio Incompleto	4 – Advogada(o)	4. Trabalhador(a) de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviço	4. Cuidador(a) Residente	4. De 31 a 40 horas semanais
4. Médio Completo	5 – Administrador(a)	5. Voluntária(o)	5. Auxiliar de cuidador(a)	5. De 41 a 44 horas semanais
5. Superior Incompleto	6 – Antropóloga(o)	6. Sem vínculo	6. Educador(a) Social	
6. Superior Completo	7 – Socióloga(o)	7. Servidor(a)/Estatutária(o)	7. Apoio Administrativo	
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Servidor(a) Temporária(o)	8. Estagiário	
8. Mestrado	9 – Cientista política(o)	9. Empregada(o) Pública(o) Celetista (marque esta opção, somente se a unidade for governamental)	9. Cozinheiro(a) 10. Motorista 11. Serviços Gerais 12. Família Acolhedora <i>(marque esta opção, somente se for Responsável Familiar de Família Acolhedora apta)</i>	
9. Doutorado	10 – Nutricionista 11 – Médica(o) 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 14 – Economista 15 – Economista Doméstica(o) 16 – Enfermeira(o) 17 – Analista de sistema 18 – Programador(a) 19 – Outra(o) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional		99. Outros	

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

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:

Nome: _____

CPF: _____ **Data do preenchimento:** ____ / ____ / ____

Cargo/Função: Diretor(a)/Coordenador(a) da Unidade Técnica(o) de Nível Superior da Unidade
 Outro

Telefone: (____) _____ **E-mail:** _____

Assinatura: _____

Identificação da(o) agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:

Nome: _____

CPF: _____ **Data da validação:** ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

- Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção especial no município/Estado
- Secretária(o) Municipal/Estadual de Assistência Social ou congênere
- Técnica(o) 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).