

CENSO SUAS 2025

Questionário Unidades de Acolhimento

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

No caso de unidades 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 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 DE ACOLHIMENTO**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS**

Nome da Unidade: _____

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

Endereço (nome da rua, da avenida etc.): _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: _____

CEP: |_____|_____|_____|_____|-|_____|_____| Município: _____ UF: _____

E-mail: _____

DDD – Telefone: |____|-|_____|_____|_____|_____| Ramal: |_____|_____|

Data de Implantação da unidade: |____|/|____|/|_____| (dd/mm/aaaa)

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

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

Atenção! Unidades executoras de Serviço de Família Acolhedora para criança e adolescentes devem preencher questionário próprio. Não preencha este questionário.

Público Atendido	Tipo de Unidade (Modalidade)
__ Crianças/adolescentes	__ Abrigo institucional __ Casa-Lar __ Outros
__ Jovens egressas(os) de serviços de acolhimento	__ República para jovens __ Outros
__ Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência	__ Abrigo institucional __ Casa-Lar __ Outros
__ Exclusivamente para pessoas adultas com deficiência	__ Abrigo Institucional __ Residência Inclusiva __ Outros
__ Adultas(os) e famílias	__ Abrigo institucional/Casa de passagem para população em situação de rua __ República para adultas(os) em processo de saída das ruas __ Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiadas(os) __ Abrigo para famílias desabrigadas/desalojadas vítimas de desastres __ Outros
__ Mulheres em situação de violência doméstica ou familiar	__ Abrigo Institucional __ Casa de Passagem __ Outros
__ Pessoas Idosas	__ Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosas/os - ILPI) __ Casa-Lar __ República __ Outros

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

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

Sim. Quantidade de Casas Lares na Aldeia: Não

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

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

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

(caso necessário, atualize no CADSUAS)

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

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

6. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) a Unidade possui inscrição/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 Podem ser municipal/distrital/estadual.

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

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

Estadual
 Municipal
 Outra

8. Esta unidade é um serviço regionalizado (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. Informe o número de municípios atendidos pelo serviço regionalizado (considere também o município-sede e os vinculados)

Número de municípios

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

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

vagas (caso necessário, atualize no CADSUAS)

11. Quantas pessoas estão acolhidas na unidade neste momento (vagas ocupadas na semana do preenchimento do questionário)?

pessoas

12. Quantas pessoas estão/estiveram acolhidas na unidade no ano de 2024?

pessoas Não sabe informar

13. Qual o número máximo de usuárias/os dormindo em um mesmo dormitório?

pessoas

14. Informe o sexo e faixa etária das pessoas que estão acolhidas na Unidade neste momento: (Atenção! Verifique se a soma do Total de Pessoas Acolhidas do sexo feminino e masculino registrado neste quadro coincide com o Total informado na questão 11. Caso não tenha, marcar 0)

Sexo	Quantidade de pessoas acolhidas, segundo as faixas etárias (anos de idade)										
	0 a 2	3 a 5	6 a 11	12 a 13	14 a 15	16 a 17	18 a 21	22 a 59	60 a 79	80 ou mais	Total
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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

15. Das pessoas ATUALMENTE acolhidas nesta unidade, quantas delas vieram encaminhadas de outras localidades? (Caso não tenha, marcar 0)

	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"/>

16. Caso tenha pessoas ATUALMENTE acolhidas que vieram de outros países, indique quantos por nacionalidade (Caso não tenha, marcar 0)

Venezuelanos
 Haitianos
 Bolivianos
 Colombianos

Argentinos
 Chineses
 Outros. Qual? _____

17. Das pessoas que estão, atualmente, nesta Unidade, informe o tempo que estão acolhidas: (Atenção! Este total não pode ser maior que a questão 11. Caso não tenha, marcar 0)

Tempo de acolhimento	Quantidade de pessoas
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"/>

18. Entre as pessoas que estão acolhidas hoje nesta unidade, quantas possuem alguma das características abaixo? (Caso não tenha, marcar 0)

Especificidade	Qtde.
Deficiência (<i>física/ sensorial/ intelectual</i>)	
Doença Mental (Transtorno Mental, sofrimento psíquico)	
Travesti, Transexual, Transgênero	
Adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas (exclusivo para acolhimento de crianças/adolescentes)	
Trajetória de rua	
Indígenas	
Outros Povos e comunidades tradicionais (<i>quilombolas, ciganos, ribeirinhos, extrativistas etc.</i>)	
Egressos do sistema prisional (exclusivo para acolhimento de adultos e famílias)	
Dependência de álcool ou outras drogas	
Pessoas vítimas de tráfico de seres humanos	
Pessoas em situação e/ou egressas de trabalho análogo ao de escravo	
Gestantes	
Tuberculose	
Egressos do sistema socioeducativo	
Pessoas com dependência para atividades de vida diária	
Pessoas com necessidade de cuidados especializados de saúde (p.ex: traqueostomizados, suporte ventilatório, outros aparelhos para suporte à vida, tratamento ou nutrição parenteral, alimentação enteral, terapias injetáveis, realização de curativos complexos)	

19. Caso seja uma unidade de Adultos e Famílias, informe se recebe mães com suas/seus filhas(os): (marcação única**)**

- Sim, atende exclusivamente este público
 Sim, atende diversos públicos inclusive mães com filhos
 Não

ATENÇÃO! As questões 20 a 22 se aplicam EXCLUSIVAMENTE para as Unidades de Acolhimento de Crianças/adolescentes (Crianças/adolescentes e Exclusivamente crianças/adolescentes com deficiência).

20. No ano de 2024, quantas crianças/adolescentes desta unidade: (Atenção! Caso não tenha, marcar 0**)**

	Quantidade de Crianças/adolescentes	Não Sabe
Retornaram às suas famílias de naturais/família de origem (pai e/ou mãe)		
Retornaram às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)		
Foram encaminhadas a famílias adotivas		
Vieram transferidos de outras unidades de acolhimento		
Deixaram a Unidade encaminhados para outras unidades de acolhimento		
Foram desligados por completarem 18 anos		

21. ATUALMENTE, quantas crianças/adolescentes desta unidade: (Atenção! Caso não tenha, marcar 0**)**

	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)		
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido reintegradas às suas famílias extensas (avós, tias(os) etc.)		
Foram acolhidas novamente APÓS terem sido encaminhadas a famílias adotivas		

22. ATUALMENTE, das crianças/adolescentes acolhidas nesta unidade, 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"/>
São filhas(os) de pais adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estão aptas a adoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estão ameaçadas de morte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participam de Programa de Apadrinhamento Afetivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATENÇÃO! As questões 23 a 33 se aplicam EXCLUSIVAMENTE para as Unidades de Acolhimento de Idosos

23. Indique se entre as(os) usuárias(os) acolhidas(os) nesta unidade ATUALMENTE existem pessoas idosas que: (Atenção! Marcar esta opção apenas se marcar que existe pessoas de "60 ou mais anos de idade" na questão 14. Caso não tenha, marcar 0).

	Quantidade	Não Sabe
Recebem pensão/aposentadoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
São beneficiárias do BPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. A Unidade/Entidade utiliza a previsão legal que possibilita que o usuário contribua para o custeio da entidade com até 70% do benefício assistencial ou previdenciário por ele recebido? (Exclusivo para Unidades Não Governamentais)

Sim Não (pule para a questão 26)

25. Caso sim, entre os usuários acolhidos, quantos contribuem com o custeio da Unidade? (Exclusivo para Unidades Não Governamentais)

26. Informe a quantidade de usuários, segundo os diferentes graus de dependência definidos na Resolução 502 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

grau de dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda (bengala, andador, aparelho auditivo etc);

grau de dependência II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

grau de dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo;

27. Esta Unidade possui Alvará da Vigilância Sanitária?

Sim Não

28. Esta Unidade celebra contrato formal de prestação de serviço com o idoso, ou com seu responsável legal ou curador.

Sim Não

29. Dos usuários acolhidos, quantos NÃO costumam receber visita de familiares? (caso todos recebam visita, informe zero 0)

do sexo masculino
 do sexo feminino
 Não sabe

30. O Responsável Técnico pela Unidade possui Curatela de algum usuário acolhido?

Sim Não (**pule para a questão 32**)

31. Caso sim, quantos: |____|____|____|

32. Existem profissionais de saúde contratados nesta Unidade? (*Não considerar psicólogos*) (*Múltipla marcação, exceto se marcar "Não"*)

- Não
- Sim, médicos
- Sim, enfermeiros
- Sim, fisioterapeutas
- Sim, técnicos de enfermagem
- Sim, outros (não considerar psicólogos). Quais? _____

33. Existem profissionais de saúde atuando como voluntários nesta Unidade? (*Não considerar psicólogos*) (*Múltipla marcação, exceto se marcar "Não"*)

- Não
- Sim, médicos
- Sim, enfermeiros
- Sim, fisioterapeutas
- Sim, técnicos de enfermagem
- Sim, outros (não considerar psicólogos) Quais? _____

BLOCO 4 – SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

34. Indique quais das atividades abaixo são promovidas sistematicamente pela Unidade: (*admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção*)

- Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família da(o) usuária(o)
- Reuniões com grupos de famílias das(os) usuárias(os)
- Atendimento psicossocial individualizado
- Atendimento psicossocial em grupos
- Atendimento psicossocial das famílias das pessoas acolhidas (orientação familiar)
- Palestras / oficinas
- Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em acompanhamento
- Discussão de casos com outras(os) profissionais da rede
- Encaminhamento para retirada de documentos
- Passeios com usuárias(os)
- Promove contato e a participação da família na vida da(o) usuária(o)
- Promove atividades com participação da Comunidade
- Promove a participação das pessoas acolhidas em serviços, projetos ou atividades existentes na comunidade
- Envio de relatório semestral para o Judiciário (**exclusivo para acolhimento de criança/adolescente**)
- Acompanhamento escolar
- Organização e discussão das rotinas das Unidades com as(os) acolhidas(os)
- Apoio e encaminhamento das pessoas acolhidas para qualificação profissional e mercado de trabalho
- Apoio para a realização de cuidados básicos de vida diária e de autocuidado (ex: higiene, alimentação, descanso)
- Apoio para atividades de cuidados instrumentais da vida diária (ex: cuidar das próprias finanças, preparar alimentação)
- Não realiza nenhuma das atividades acima

35. Para as unidades para crianças/adolescentes, informe quais ações são realizadas pela unidade para preparar os adolescentes acolhidos para o desligamento por maioridade? (*admite múltipla resposta, exceto se marcar uma das duas últimas opções - exclusivo para acolhimento de criança/adolescente*)

- apoio para o jovem egresso para a qualificação profissional e trabalho remunerado
- apoio para continuidade dos estudos
- encaminhamento para república
- identificação de rede parental, amigos que possam apoiar o adolescente nessa nova fase
- atividades que desenvolvam a autonomia quanto ao uso e gestão do dinheiro
- atividades que desenvolvam a autonomia quanto ao autocuidado e cuidado com a residência
- atividades que desenvolvam a autonomia quanto a utilização de serviços públicos e comunitários
- não realiza ações para o desligamento
- não atende adolescentes até a maioridade

36. A unidade possui os seguintes instrumentais? (admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)

- 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

37. A unidade possui critérios de sexo para admissão das(os) usuárias(os)? (marcação única)

- Sim, apenas sexo masculino.
 Sim, apenas sexo feminino
 Não possui critério de sexo para admissão

38. Independentemente da existência de critérios de sexo e idade, a Unidade acolhe grupo de usuárias(os) com vínculos de parentesco? (marcação única)

- Sim, sempre que há demanda
 Algumas vezes
 Não acolhe

39. Com que frequência são permitidas visitas de familiares e/ou outras pessoas com vínculos afetivos às pessoas acolhidas na Unidade? (marcação única por coluna)

	Familiares	Outras pessoas
Não é permitido receber visitas na Unidade	<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"/>

40. Quem realiza o acompanhamento das(os) usuárias(os) após o seu desligamento da Unidade de Acolhimento? (admite múltipla resposta, exceto se marcar as últimas duas)

- A própria unidade/serviço de acolhimento
 O CREAS
 O CRAS
 Unidades do Sistema de Justiça (Varas, Ministério Público, Defensoria)
- Outro. Qual? _____
 Não sabe informar (pule para a questão 42)
 Não é realizado acompanhamento (pule para a questão 42)

41. Por quanto tempo, em média, a(o) usuária(o) é acompanhado após seu desligamento? (marcação única)

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

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

Órgãos, Serviços ou instituições com os quais mantém articulação	Tipo de Articulação					Serviço ou instituição não existente no Município
	Possui dados da localização (endereço, telefone etc.)	Recebe usuárias(os) encaminhadas(os) por esta Unidade de Acolhimento	Encaminha usuárias(os) para esta Unidade de Acolhimento	Acompanha os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	
Conselho Tutelar	<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"/>
CREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) (exclusivo para acolhimento de adultos e famílias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras Unidades de Acolhimento	<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"/>
Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema judiciário (Ministério Público etc.)	<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"/>
Serviços e programas de segurança alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 5 – ESTRUTURA FÍSICA E ÁREA DE LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE

43. Indique se a Unidade está localizada em: (marcação única)

Área urbana Área rural

44. Considerando a “vizinhança” da Unidade, a área onde ela está localizada caracteriza-se como: (marcação única)

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

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

46. Descreva o espaço físico da Unidade utilizando os quadros abaixo. (Atenção! Cada espaço/cômodo deve ser contado uma única vez! Você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal. Se não tiver, marcar 0)

Espaços/Cômodos	Quantidade
Sala de estar, de convivência ou de outras atividades de grupo	<input type="text"/>
Quartos para as(os) usuárias(os) acolhidas(os)	<input type="text"/>
Quartos para as(os) cuidadoras(es)	<input type="text"/>
Banheiros para as(os) usuárias(os) acolhidas(os)	<input type="text"/>
Banheiros exclusivos para funcionárias(os)	<input type="text"/>

Espaços	Possui?	
	SIM	NÃO
Área de recreação interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de recreação externa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refeitório/Sala de Jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cozinha para preparo de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Quanto aos espaços administrativos, descreva os espaços físicos, informando onde se localizam: (Atenção! Cada espaço/cômodo deve ser contado uma única vez! Você deve contá-lo apenas pela sua finalidade principal. Se não tiver, marcar 0)

Espaços/Cômodos	Qtde	Fica na mesma estrutura física que a Unidade de Acolhimento
Sala de Administração	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sala para reuniões	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sala para atendimento técnico especializado (psicóloga(o), assistente social etc.)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

48. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, e em perfeito funcionamento, nesta Unidade: (admite múltipla resposta)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Geladeira | <input type="checkbox"/> Telefone |
| <input type="checkbox"/> Freezer | <input type="checkbox"/> Celular |
| <input type="checkbox"/> Fogão | <input type="checkbox"/> Impressora |
| <input type="checkbox"/> Forno/micro-ondas | <input type="checkbox"/> Equipamento de som |
| <input type="checkbox"/> Máquina de lavar | <input type="checkbox"/> DVD |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso exclusivo | <input type="checkbox"/> Ventilador |
| <input type="checkbox"/> Veículo de uso compartilhado | <input type="checkbox"/> Ar condicionado |
| <input type="checkbox"/> Mobiliário específico para atender crianças | <input type="checkbox"/> Bebedouro e/ou filtro |
| <input type="checkbox"/> Acervo bibliográfico (livros) | <input type="checkbox"/> Camas/berços. Quantas? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Materiais pedagógicos e culturais | <input type="checkbox"/> Armários para guarda individualizada de pertences. Quantos? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Materiais esportivos | <input type="checkbox"/> Televisão. Quantas? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Jogos educativos, jogos de passatempo, brinquedos | <input type="checkbox"/> Computadores ligados à Internet. Quantos? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Mesas para estudo | <input type="checkbox"/> Computadores ligados à Internet de acesso pelos acolhidos. Quantos? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Mesas de Jantar | |
| <input type="checkbox"/> Armários de uso coletivo das(os) usuárias(os) | |

49. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que este Serviço de Acolhimento possui: (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 entrada do serviço de acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível entre os quartos 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Situação do imóvel onde funciona a Unidade: (marcação única)

Próprio Alugado Cedido

51. Assinale quais dos órgãos abaixo realizaram visita, inspeção ou supervisão a esta Unidade nos últimos 12 meses: (admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)

- Secretaria de Assistência Social
- Poder Judiciário
- Ministério Público
- Defensoria Pública
- Conselho Tutelar
- Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente
- Conselho do Idoso
- Conselho da Pessoa com Deficiência
- Conselho de Assistência Social
- Vigilância Sanitária
- Corpo de Bombeiros
- Nenhum dos órgãos acima

52. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público? Caso sim, indique quais: (Atenção! Assinalar os itens apenas quando o apoio ocorrer de forma direta, não sendo decorrente do próprio recurso financeiro transferido pelo Convênio) (admite múltipla resposta)

- Não recebe nenhuma outra forma de apoio do poder público (*pule para a próxima questão*)
- Cessão de recursos humanos
- Cessão imobiliária
- 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 didáticos
- Isenção de taxas ou tributos municipais
- Treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade
- Outros

53. Esta Unidade de Acolhimento possui vinculação a alguma organização religiosa?

Sim Não

54. Qual o custo mensal de manutenção desta Unidade, considerando gastos com salários, aluguel, água, luz, telefone, alimentação etc?

R\$ | | | | | | Não sabe informar.

BLOCO 6 – GESTÃO DE PESSOAS

55. O(A) coordenador(a) desta Unidade de Acolhimento: (Resposta única)

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

56.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"/>					
13)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
14)		<input type="text"/> F <input type="text"/> M						<input type="text"/>					
15)		<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. Mais de 44 horas semanais
6. Superior Completo	7 – Socióloga(o)	7. Servidor(a) estatutário(a)	7. Apoio Administrativo	
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8. Servidor(a) Temporário(a)	8. Estagiária(o)	
8. Mestrado	9 – Cientista política(o)	9. Empregada(o) Pública(o) Celetista <i>(marque esta opção, somente se a unidade for governamental)</i>	9. Cozinheiro(a)	
9. Doutorado	10 – Nutricionista		10. Motorista	
	11 – Médica(o)		11. Serviços Gerais	
	12 – Musicoterapeuta		12. Outros	
	13 – Terapeuta Ocupacional			
	14 – Economista			
	15 – Economista Doméstica(o)			
	16 – Enfermeira(o)			
	17 – Analista de sistemas			
	18 – Programador(a)			
	19 – Outro profissional de nível superior			
	20 – Profissional de nível médio			
	21 – Sem formação profissional			

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

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

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

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:

Nome: _____

CPF: _____ **Data de 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
- Secretaria(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).