

CENSO SUAS 2025

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Centro POP

Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

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>
- E-mail: 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

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS

Atenção! Os Centros Especializados da Assistência Social para Pessoas em Situação de Rua devem ser cadastrados no CADSUAS.

Nome que identifica o Centro POP: _____

Selecione/Indique o Tipo de Logradouro (Avenida, Rua, Praça etc.): _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de Referência: _____

CEP: _____ Município: _____ UF: _____

E-mail: _____

DDD – Telefone: ____-____-____-____-____-____ Ramal: ____-____-____-____

Data de Implantação do Centro POP: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

Recebe cofinanciamento federal? ☐ Sim ☐ Não

BLOCO 2 – ESTRUTURA FÍSICA

1. Situação do imóvel onde se localiza o Centro POP: **(Resposta única)**

- ☐ Próprio
☐ Alugado
☐ Cedido

2. Horário de funcionamento: ☐ dias por semana ☐ horas por dia

2.1. Horário do expediente: _____

3. O imóvel de funcionamento desta Unidade é compartilhado?

*“Entende-se por compartilhamento de espaço quando os Centro POP não têm ambientes exclusivos para a oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Contudo, **NÃO SÃO** considerados compartilhamento o Serviço de Abordagem Social, Cadastro Único, Auxílio Brasil e Concessão de Benefícios Eventuais, desde que ofertados diretamente no Centro POP.”*

☐ Sim ☐ Não **(pule para a questão 6)**

4. Especifique o tipo de unidade com a qual este Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua compartilha o imóvel. **(Admite múltiplas respostas)**

- ☐ Secretaria de Assistência Social ou congênere
☐ Outra unidade administrativa (Sede de Prefeitura, Administração Regional, Subprefeitura etc.)
☐ Conselho Municipal de Assistência Social
☐ CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
☐ CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
☐ Unidade de Acolhimento Institucional (Abrigo)
☐ Outra unidade pública de serviços da Assistência Social
☐ Entidade/Organização da Sociedade Civil/Associação Comunitária
☐ Outros. Qual? _____

5. Especifique quais espaços do imóvel são compartilhados entre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua e a outra Unidade. **(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apenas o endereço é o mesmo, mas todos os espaços do Centro de Referência para População em Situação de Rua são independentes e de uso exclusivo, inclusive a entrada (siga para a questão 6) | <input type="checkbox"/> Espaço para atividades coletivas |
| <input type="checkbox"/> Entrada / Porta de Acesso | <input type="checkbox"/> Banheiros |
| <input type="checkbox"/> Recepção | <input type="checkbox"/> Copa/cozinha |
| <input type="checkbox"/> Algumas salas de atendimento | <input type="checkbox"/> Área Externa |
| <input type="checkbox"/> Todas as salas de atendimento | <input type="checkbox"/> Almojarifado ou similar |
| <input type="checkbox"/> Salas administrativas | <input type="checkbox"/> Refeitório |
| | <input type="checkbox"/> Lavanderia |
| | <input type="checkbox"/> Espaço para guarda de pertences |
| | <input type="checkbox"/> Outros |

6. Descreva o espaço físico deste Centro de Referência para População em Situação de Rua: **(Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço. No caso de não possuir, inserir o valor "0")**

Salas utilizadas para Atendimento Individual ou Coletivo	Quantidade de Salas
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas	<input type="text"/> <input type="text"/>
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	<input type="text"/> <input type="text"/>
Descreva as principais atividades realizadas nas salas: (campo descritivo)	
Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (Não são salas de atendimento!)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Banheiro de uso exclusivo das(os) trabalhadoras(es) do Centro POP	<input type="text"/> <input type="text"/>
Banheiro para uso das(os) usuárias(os) do Centro POP	<input type="text"/> <input type="text"/>
Espaço para higiene pessoal (Box com chuveiros individualizados)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Demais Ambientes	Possui?
Recepção	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cozinha/Copa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Almojarifado ou similar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço externo para atividades coletivas e/ou comunitárias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Refeitório	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Lavanderia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Espaço para animais de estimação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Arquivos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

7. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas que esta Unidade possui: **(Resposta única por linha)**

Condições de acessibilidade apresentadas:	SIM, De acordo com a Norma da ABNT	SIM, Mas não estão de acordo com a Norma da ABNT	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção da Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos principais espaços da Unidade (recepção, sala de atendimentos e espaço(s) para atividades coletivas)	<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 dificuldades de locomoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobiliário adaptado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos serviços deste Centro, e informe na segunda coluna se os usuários podem utilizá-los.

Equipamento	Equipamento ou material disponível na Unidade <i>(Caso “Não, pule para a próxima linha”)</i>				Caso sim, indique se está disponível (às) aos usuárias (os)			
Telefone	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Impressora	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Máquina Copiadora	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Televisão (TV)	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Equipamento de som	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
DVD	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Datashow	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Livros	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Materiais socioeducativos	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Armários individualizados para guarda de pertences	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Artigos de higiene pessoal	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Geladeira	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Freezer	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Fogão	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Micro-ondas	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Bebedouro	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Mobiliário	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Máquina de lavar roupas	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Secadora de roupa	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Tanque de lavar roupas	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Veículo de uso exclusivo	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
Veículo de uso compartilhado	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				

9. Indique a quantidade de computadores existentes neste Centro que estão em perfeito funcionamento:
(Atenção! Informar 0 (zero) se não tiver computador que se enquadre em alguma das respostas a seguir.)

Quantidade total de computadores conectados à internet na Unidade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de computadores com internet para utilização pelas(os) usuárias(os):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quantidade de computadores sem internet:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. Este Centro POP oferece refeição às(aos) usuárias(os) ou facilita o acesso à alimentação?

☐ Sim ☐ Não *(pule para a questão 12)*

11. Indique abaixo as refeições que são oferecidas às(aos) usuárias(os) deste Centro POP e o local de oferta:
(Caso responda “Não” na pergunta “É ofertada a refeição?”, pule para a próxima linha)

	É ofertada a refeição?				Em qual local?		
					Restaurante Popular	Em outra unidade pública ou privada	No espaço deste Centro POP
Lanche/Café da Manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Almoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lanche/Café da Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lanche/Café da Noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. Quais condições são exigidas para o acesso e permanência neste Centro Pop? (admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

- ☐ Precisa de encaminhamento
- ☐ Precisa ser munícipe
- ☐ Precisa provar um tempo mínimo de permanência no município
- ☐ Precisa passar por revista por seguranças na entrada
- ☐ Precisa passar por checagem de ficha criminal
- ☐ Não pode ter consumido álcool e outras drogas
- ☐ Não pode entrar com animais de estimação
- ☐ Possui regras para suspensão de entrada por tempo determinado
- ☐ Possui regras para proibição de entrada
- ☐ Outras. Qual? _____
- ☐ Não há nenhuma exigência

BLOCO 3 – Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

13. Indique as ações e atividades desenvolvidas pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua nesta Unidade: (admite múltiplas respostas)

- ☐ Acolhida em grupo realizada por profissional de nível superior
- ☐ Acolhida particularizada realizada por profissional de nível superior
- ☐ Acompanhamento particularizado de famílias ou indivíduos
- ☐ Orientação jurídico-social
- ☐ Apoio para obtenção de documentação pessoal
- ☐ Orientação e encaminhamento para acesso ao BPC
- ☐ Orientação e encaminhamento para acesso a benefícios eventuais
- ☐ Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual ou Familiar
- ☐ Ações de mobilização e participação social
- ☐ Mobilização da família extensa ou ampliada do usuário
- ☐ Mobilização e fortalecimento de redes sociais de apoio
- ☐ Encaminhamento para a rede de serviço socioassistencial
- ☐ Encaminhamento de usuáries(os) de substâncias psicoativas para serviços da rede de saúde
- ☐ Encaminhamento para outros serviços da rede de saúde
- ☐ Encaminhamento para políticas de educação (jovens e adultos etc.)
- ☐ Encaminhamento para órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Poder Judiciário, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)
- ☐ Ações de mobilização e sensibilização para o enfrentamento das situações de violação de direitos
- ☐ Encaminhamento de famílias ou indivíduos para demais políticas (trabalho, habitação etc.)
- ☐ Acompanhamento dos encaminhamentos realizados
- ☐ Registro dos atendimentos/acompanhamentos em prontuário
- ☐ Elaboração de relatórios técnicos sobre casos em atendimento
- ☐ Estudo de caso/discussão de casos em equipe
- ☐ Palestras
- ☐ Apoio para a realização de atividades de vida diária para usuáries com perda de autonomia
- ☐ Disponibilização de kit de insumos visando dignidade menstrual
- ☐ Outras. Quais? _____

14. Em relação ao acesso ao mundo do trabalho, indique abaixo as ações/iniciativas deste Centro: (admite múltiplas respostas)

- ☐ Encaminhamento para capacitação profissional/curso profissionalizante
- ☐ Cessão de espaço físico para realização de cursos de capacitação profissional ofertados por outras instituições
- ☐ Cadastramento para participação em programas de qualificação profissional
- ☐ Encaminhamento para programas de geração de trabalho e renda
- ☐ Encaminhamentos/articulação com o ACESSUAS trabalho
- ☐ Assessoramento para formação de cooperativas ou associações (unidades produtivas)
- ☐ Informações atualizadas sobre vagas disponíveis no mercado de trabalho
- ☐ Outros

15. Quando a(o) usuária(o) demanda acolhimento provisório (pernoite e/ou pousada temporária), esta unidade: *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)*

- ☐ Não encaminha e/ou não há estratégias para acolhimento provisório *(siga para a questão 16)*
☐ Encaminha para uma unidade de acolhimento da rede socioassistencial
☐ Encaminha para uma unidade de outra política pública. De qual política pública? _____
☐ Outro. Qual? _____

16. Informe as medidas adotadas por este Centro Pop no enfrentamento à tuberculose: *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

- ☐ Identifica pessoas com sintomas suspeitos
☐ Articula com a rede de saúde para encaminhamento e apoio ao tratamento
☐ Garante aos usuários diagnosticados com Tuberculose o acesso aos serviços de acolhimento por pelo menos 6 (seis) meses para fins de tratamento
☐ Orienta os usuários sobre a doença e seu tratamento (orientação individual, palestras, etc.)
☐ Orienta sobre outras doenças socialmente determinadas
☐ Realiza outras ações para enfrentamento da tuberculose. Quais? _____
☐ Não realiza nenhuma ação específica para enfrentamento da tuberculose.

17. Este Centro POP encaminha usuárias(os) para acesso à habitação? Caso sim, com qual frequência?

	Esta unidade possui serviço para encaminhar (as)os usuárias(os)?	Com que frequência há o encaminhamento?			
		Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
República para adultos em processo de saída das ruas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de Aluguel/Locação Social ou Auxílio Moradia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas de Habitação Popular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Indique quais públicos foram atendidos pelo Serviço ofertado pelo Centro Pop, nos últimos 12 meses *(admite múltiplas respostas)*

- ☐ Pessoas Idosas
☐ Pessoas em situação de Refúgio/Imigração (pessoas de outro país);
☐ Pessoas com Deficiência (física, visual, auditiva, sensorial, intelectual)
☐ Pessoas com Sofrimento Psíquico (Transtorno Mental)
☐ Pessoas com dependência de álcool e/ou outras drogas
☐ Pessoas egressas do sistema prisional
☐ População LGBTQIAPN+
☐ Povos Indígenas
☐ Outros povos e comunidades tradicionais (quilombolas, ciganos, ribeirinhos, extrativistas etc.)
☐ Criança ou adolescente desacompanhada dos pais
☐ Outros. Informe qual ou quais: _____

19. Indique o número de pessoas atendidas pelo Serviço ofertado pelo Centro Pop, nos últimos 12 meses:

Faixa etária	Gênero			
	Mulher	Homem	Outro	Não declarado
0 a 6 anos				
7 a 11 anos				
12 a 17 anos				
18 a 59 anos				
60 anos ou mais				

BLOCO 4 – Serviço Especializado em Abordagem Social

20. Este Centro POP realiza o Serviço Especializado em Abordagem Social? (Resposta única)

- ☐ Sim, com equipe exclusiva para Abordagem **(Pule para a questão 22).**
- ☐ Sim, sem equipe exclusiva para Abordagem. **(Pule para a questão 22).**
- ☐ Não realiza com a equipe deste Centro POP, mas no município existe Serviço de Abordagem referenciado a este Centro POP
- ☐ Não realiza, nem possui Serviço de Abordagem referenciado a este Centro POP **(pule para a questão 26)**

21. No caso da execução do Serviço de Abordagem por unidade referenciada, indique as atividades realizadas por este Centro POP: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)

- ☐ Coordena o Serviço referenciado
- ☐ Coleta/recebe periodicamente dados de atendimento do Serviço
- ☐ Realiza reuniões periódicas para avaliação do Serviço com a Unidade referenciada
- ☐ Participa do planejamento das atividades do Serviço
- ☐ Acompanha cotidianamente as atividades do Serviço
- ☐ Constrói 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 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 órgãos do Sistema de Justiça
- ☐ Articula com os órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar etc.)
- ☐ **Não realiza nenhuma das atividades acima (pule para a questão 26).**

22. Quantos dias por semana a abordagem social é realizada:

- ☐ dias por semana ☐ Sem frequência regular

23. Em quais períodos do dia costuma ser realizada a abordagem social:

- ☐ Diurno ☐ Noturno ☐ Ambos

24. A Abordagem Social é realizada em parceria com: (admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)

- ☐ A Abordagem é realizada exclusivamente pela equipe do Centro Pop
- ☐ Equipes da saúde
- ☐ Equipes de serviços de acolhimento
- ☐ Equipes do CREAS
- ☐ Equipes de outras unidades públicas da rede socioassistencial
- ☐ Equipes de entidades da rede socioassistencial privada
- ☐ Integrantes de movimentos sociais
- ☐ Guarda municipal
- ☐ Polícia Militar
- ☐ Conselho Tutelar.
- ☐ Defensoria Pública
- ☐ Outros

25. Como são definidas as áreas onde serão realizadas as abordagens do Serviço Especializado em Abordagem Social? (Admite múltiplas respostas)

- ☐ Conhecimento prévio dos técnicos do Serviço
- ☐ A partir de diagnósticos socioterritoriais realizados pelo órgão gestor de Assistência Social
- ☐ A partir de diagnósticos socioterritoriais realizados pela equipe que executa o serviço
- ☐ Demanda dos órgãos de defesa de direitos
- ☐ Denúncias/Solicitações da população
- ☐ Outros. Qual(is)? _____

26. O estado ou município dispõe de um diagnóstico socioterritorial?

☐ Não. *(ao marcar não, abre a caixa de resposta descritiva abaixo)*

Por quê? _____

☐ Sim. *(ao marcar Sim, abrem as caixas de resposta descritiva abaixo)*

Quando foi feito? _____

Serviu de base para a implementação do serviço? _____

BLOCO 5 – BENEFÍCIOS, CADASTRO ÚNICO e PARTICIPAÇÃO DE USUÁRIAS(OS)

27. Em relação aos Benefícios Eventuais, este Centro Pop? *(resposta única)*

Atenção! Considere “concessão” o ato de decidir sobre o direito de acesso ao Benefício, independente de a entrega ser realizada no CRAS ou em outro órgão do município.

☐ Não concede o benefício

☐ Concede o benefício

☐ Entrega o benefício

☐ Concede e entrega o benefício

☐ Nenhuma das alternativas *(pule para a questão 30)*

☐ Outros. Quais? _____

28. Quais são os Benefícios Eventuais concedidos neste CENTRO POP? *(Admite múltiplas respostas)*

☐ Benefício Eventual em situação de morte

☐ Benefício Eventual em situação de natalidade

☐ Benefício Eventual em situação de calamidade (inclui desastres e emergências)

☐ Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social temporária *(se não marcar esta opção, pule para a questão 30)*

29. Caso o município conceda Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade social temporária, informe quais: *(Caso não conceda este benefício, pule esta questão - Admite múltiplas respostas)*

☐ Auxílio relacionado à segurança alimentar (cesta básica, leite, entre outros)

☐ Auxílio para deslocamento / passagens (vale-transporte)

☐ Auxílio/Isenção para retirada de documentação (inclui auxílio para retirada de fotos)

☐ Aluguel social/locação social/auxílio moradia

☐ Material de construção

☐ Pagamento/ Isenção de contas de água e luz

☐ Auxílio gás

☐ Vestimentas/ Roupas

☐ Móveis e Eletrodomésticos

☐ Outros. Quais? _____

30. Este CENTRO POP realiza cadastramento ou atualização do Cadastro Único? *(Resposta Única)*

☐ Sim, com equipe exclusiva para esta finalidade

☐ Sim, com a equipe responsável pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

☐ Sim, com outra equipe

☐ Não, apenas encaminha a(o) usuária(o) para realização do cadastramento em outro local/unidade

☐ Não cadastra nem encaminha usuárias(os) para o Cadastro Único *(pule para a questão 32)*

31. Quais atividades o Centro Pop realiza no âmbito Cadastro Único? *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

☐ Busca ativa (entrevista domiciliar, mutirão e ações itinerantes) com a finalidade de inclusão e atualização cadastral.

☐ Consultas ao cadastro das famílias e pessoas em situação de rua

☐ Orienta sobre questões relacionadas ao Cadastro Único.

☐ O Centro Pop é registrado como o endereço de famílias e pessoas em situação de rua.

☐ Encaminha famílias e pessoas em situação de rua para programas usuários do Cadastro Único.

☐ Não realiza atividades relacionadas ao Cadastro Único.

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

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Usuárias(os) participam de reuniões de planejamento desta unidade |
| <input type="checkbox"/> | Apoio financeiro para que usuárias(os) consigam participar de reuniões de planejamento desta unidade |
| <input type="checkbox"/> | Existência de representante de usuárias(os) junto à unidade |
| <input type="checkbox"/> | Eleição para representante de usuárias(os) junto à unidade |
| <input type="checkbox"/> | Estímulo à formação de coletivo/comitê de usuárias(os) |
| <input type="checkbox"/> | Realização de questionário de satisfação/ pesquisa de opinião (inclui urna de sugestões) |
| <input type="checkbox"/> | Realização de reuniões/entrevistas específicas para levantar demandas das(os) usuárias(os) |
| <input type="checkbox"/> | Usuárias(os) escolhem os temas a serem trabalhados nas ações coletivas da unidade |
| <input type="checkbox"/> | Estímulo à participação de usuárias(os) nos Conselhos de Assistência Social/de Direitos |
| <input type="checkbox"/> | Outros. Qual? |

BLOCO 6 – ARTICULAÇÃO

33. Indique as ações de articulação desta Unidade com os seguintes serviços, programas ou instituições existentes no município/DF. (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar 'não tem nenhuma articulação' ou 'serviço ou instituição não existente no Município')

[illegible]

Órgãos de Defesa de Direitos (Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimentos organizados da população em situação de rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOCO 7 – GESTÃO DE PESSOAS

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

- ☐ exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
☐ acumula as funções de coordenador(a) e de técnico(a) nesta Unidade
☐ acumula as funções de coordenador com outra atividade da Secretaria Municipal de Assistência Social ou do DF
☐ não há coordenador(a) nesta Unidade

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

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AA AA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			Email	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do exercício da função DD/MM/AAAA	Serviços/Atividade a qual o profissional está vinculado	
				Número	Órgão Emissor	UF								Principal serviço/atividade	Segundo principal serviço/atividade
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Centro POP	Carga Horária	Serviços/Atividades
0. Sem Escolaridade 1. Ensino Fundamental Incompleto 2. Ensino Fundamental Completo 3. Ensino Médio Incompleto 4. Ensino Médio Completo 5. Ensino Superior Incompleto 6. Ensino Superior Completo 7. Especialização 8. Mestrado 9. Doutorado	1 – Assistente Social 2 – Psicólogo (a) 3 – Pedagogo (a) 4 – Advogado (a) 5 – Administrador (a) 6 – Antropólogo (a) 7 – Sociólogo (a) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista político(a) 10 – Nutricionista 11 – Médico(a) 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 14 – Economista 15 – Economista Doméstica(o) 16 – Enfermeiro (a) 17 – Analista de sistema 18 – Programador(a) 19 – Outro(a) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional	1 – Comissionada(o) 2 – Servidor(a)/Estatutária(o) 3 – Servidor(a) Temporária(o) 4 – Empregada(o) Pública(o) Celetista (CLT) 5 – Terceirizada(o) 6 – Outro vínculo não permanente 7 – Trabalhador(a) de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços 8 – Voluntária(o) 9 – Sem vínculo	1 – Coordenador(a) 2 – Técnico(a) de nível superior 3 – Técnico de nível médio 4 – Educador(a) Social 5 – Cadastrador(a) /Entrevistador Social 6 – Apoio Administrativo 7 – Estagiário(a) 8 – Serviços Gerais (limpeza, conservação, motoristas etc.) 9 – Analista de Dados e Pesquisa 10 – Tecnologia da Informação e Desenvolvimento de Sistemas 11 – Outros	1. Até 10 horas semanais 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 6. Mais de 44 horas semanais	Atenção! Informe o Serviço/ Atividade apenas para os profissionais que possuem escolaridade de nível médio ou superior. 1 – Atividades de gestão (administrativo) 2 – Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua 3 – Serviço de Abordagem Social 4 – Cadastramento e/ou revisão/atualização cadastral 5 – Outros

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, Função, Carga Horária e Serviço a qual está vinculado de cada trabalhador.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pelo Centro POP:

Nome: _____

CPF: _____ Data de preenchimento: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

- ☐ Coordenador(a) do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
☐ Técnico(a) de nível superior do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
☐ Outros. Especifique: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

Identificação do(a) agente responsável, no Órgão Gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:

Nome: _____

CPF: _____ Data de validação: ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

- ☐ Secretário(a) Municipal de Assistência Social ou congênere
☐ Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.
☐ Técnico(a) 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)**