

CENSO SUAS 2021

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Centro de Convivência

Unidades que executam Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos,
exceto CRAS

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

Considera-se que SCFV seja uma atividade que pode ser ofertada no CRAS. Caso seja oferta direta do CRAS não é necessário o preenchimento do questionário de Centro de Convivência

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 2021 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:

- ✓ ???
- ✓ Pelo telefone: 121
- ✓ Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>
- ✓ Ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133

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

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE (caso necessário, atualize no CADSUAS)

Nome que identifica a unidade: _____

Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc): _____

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____

Município: (Seleção) _____

UF: (Seleção) _____

E-mail: _____

DDD – Telefone: |_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Ramal: |_|_|_|_|_|

Fax: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data de Implantação da unidade: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|.

Ao responder este questionário leve em consideração o período de tempo expresso na questão. Quando não houver data expressa, responda conforme a realidade no momento de preenchimento.

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (Marcação automática do sistema)**☐ Estadual ☐ Municipal**2. Localização:** ☐ Urbano ☐ Rural**3. Informe o horário de funcionamento do SCFV na unidade:**☐ dias por semana ☐|☐ horas por **dia****4. Situação do imóvel onde se localiza a sede do SCFV: (Resposta única)**☐ Próprio ☐ Alugado ☐ Cedido**5. Indique os públicos (faixas etárias) atendidos por esta Unidade: (Caso necessário, atualize no CADSUAS)**

Serviço executado diretamente pela unidade	Oferta o Serviço
Crianças de 0 a 6 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adolescentes e Jovens de 15 a 17 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Jovens de 18 a 29 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Adultas(os) de 30 a 59 anos de idade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idosas(os) (60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

6. O imóvel no qual funciona esta Unidade/Serviço é compartilhado?

Compartilhamento consiste na utilização do mesmo espaço físico/imóvel pelo Centro de Convivência e outra unidade/serviço/instituição, seja de gestão de políticas ou de prestação de serviço, de modo que ambos utilizem o mesmo endereço.

☐ Sim ☐ Não (pule para a questão 8)

7. Especifique o tipo de unidade com a qual este Centro de Convivência compartilha seu imóvel:

(Admite múltiplas respostas)

- ☐ Secretaria da Assistência Social ou congênere
- ☐ Outra unidade administrativa (*Sede de Prefeitura, Administração Regional, Sub-Prefeitura, etc.*)
- ☐ Conselho Municipal de Assistência Social
- ☐ Conselho Tutelar
- ☐ CRAS (*Atenção! Considera-se que SCFV seja uma atividade que pode ser ofertada no CRAS, não sendo necessário o preenchimento do questionário de Centro de Convivência*)
- ☐ CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- ☐ Unidades de Acolhimento
- ☐ Centro-dia e similares
- ☐ Centro POP - Centro de Referência Especializado à População em Situação de Rua
- ☐ Unidades que executam Serviço Especializado em Abordagem Social
- ☐ Posto de Cadastramento/Cadastro Único/Programa Bolsa Família
- ☐ Instituições de Ensino (Escola, Centro de Educação Infantil, creches, entre outras)
- ☐ Unidade de Saúde
- ☐ Insituições religiosas (Igreja, Templo, Centro Espírita, entre outros)
- ☐ Associação Comunitária
- ☐ Instituições esportivas/desportivas (Clubes, Associações Atléticas, entre outros)
- ☐ Organização da Sociedade Civil (OSC)/Organização sem fins lucrativos (ONG)
- ☐ Outros. Qual? _____

8. No local de funcionamento desta Unidade/Serviço, são prestados serviços/atividades de outras políticas públicas (saúde, educação, esporte, entre outros)? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não”)

- ☐ Não (*siga para a questão 9*)
- ☐ Sim, educação (escola, creche, reforço escolar, alfabetização de adultos, entre outros)
- ☐ Sim, saúde (posto de saúde, terapia ocupacional, clínica psicológica, entre outros)
- ☐ Sim, esporte (políticas específicas do esporte como “Segundo Tempo”, ou atividades físicas como futebol, hidroginástica, entre outros)
- ☐ Sim, cultura (políticas específicas de cultura como “Ponto de Cultura”, entre outras)
- ☐ Sim, habitação
- ☐ Sim, trabalho e inclusão produtiva (cursos profissionalizantes, qualificação profissional, “Jovem Aprendiz”)
- ☐ Sim, inclusão digital
- ☐ Sim, segurança alimentar e nutricional (restaurantes comunitários, bancos de alimentos, entre outros)
- ☐ Sim, justiça (orientação jurídica, entre outros)
- ☐ Sim, outra. Qual? _____

9. Quais outros espaços físicos, fora da unidade de oferta do SCFV, são utilizados com regularidade para a execução do serviço ? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar “Uso apenas da sede”)

- ☐ Uso apenas da sede (*siga para a questão 10*)
- ☐ Em outras unidades/equipamentos públicos da Assistência Social
- ☐ Em espaços de entidades ou Organizações da Sociedade Civil parceiras com a Assistência Social
- ☐ Em espaços cedidos por organizações comunitárias locais não conveniadas com a Assistência Social (Igrejas, Associação de Moradores, Organizações da Sociedade Civil não conveniadas etc)
- ☐ Em unidades/equipamentos públicos da área de Educação
- ☐ Em unidades/equipamentos públicos da área de Esporte (ginásios ou quadras esportivas, campos de futebol, entre outros)
- ☐ Em unidades/equipamentos da área de Cultura (museus, bibliotecas, centros culturais, entre outros)
- ☐ Em unidades/equipamentos públicos da área de Saúde
- ☐ Em unidades/equipamentos públicos de outras políticas públicas
- ☐ Em espaços públicos como em praças, parques, beira de rio, praia, terreno da comunidade, etc
- ☐ Outro. Qual? _____

10. As atividades desenvolvidas pelo SCFV desta unidade possuem uma orientação religiosa?

Unidades que possuem orientação religiosa são aquelas que possuem uma profissão de fé, isto é, instituições que declaram publicamente que possuem uma crença e dogma religioso. Ela é reconhecida socialmente pela religião/filosofia que adota, que pode ser dado por meio de valores transmitidos, ritos e liturgias, orações, músicas, ou qualquer outro tipo de manifestação religiosa.

☐ Sim

☐ Não

11. Informe a quantidade de salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração:

Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração (não são salas de atendimento!)

BLOCO 3 – SERVIÇO E ATIVIDADES

12. Indique quais atividades abaixo são promovidas sistematicamente pela Unidade em relação ao Serviço de Convivência: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Não realiza nenhuma das atividades acima”)

- ☐ Visitas domiciliares da equipe técnica da Unidade à família das(os) usuárias(os)
- ☐ Encontros de famílias de usuárias(os)
- ☐ Palestras
- ☐ Atividades lúdicas
- ☐ Discussão de casos com outras(os) profissionais da rede socioassistencial
- ☐ Atividades com participação da Comunidade
- ☐ Planejamento de atividades
- ☐ Registro e monitoramento das informações do SCFV
- ☐ Outras. Quais? _____
- ☐ Não realiza nenhuma das atividades acima

13. Esta unidade está referenciada a um Centro de Referência de Assistência Social?

Considera-se rede referenciada ao CRAS as demais unidades públicas, assim como entidades privadas que ofertem serviços de Proteção Social Básica no território de abrangência do CRAS e mantenham com este alguma forma de pactuação de fluxo para atendimento dos usuárias/os encaminhados pelos CRAS.

☐ Sim.

☐ Não (pule para a questão 17)

14. Com que frequência, em média, a(o) técnico de referência do CRAS realiza visitas a este Centro de Convivência? (Resposta única)

- ☐ Mais de uma vez por semana.
- ☐ Semanalmente
- ☐ Quinzenalmente
- ☐ Mensalmente
- ☐ Bimestralmente, ou mais.
- ☐ Sem frequência específica
- ☐ O técnico de referência não realiza visitas a este Centro de Convivência.

15. Quais atividades as(os) técnicas(os) de referência do CRAS utilizam para acompanhar este Centro de Convivência? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção “Nenhum dos itens anteriores”)

- ☐ Participa no planejamento das atividades que serão desenvolvidas
- ☐ Participa de reuniões periódicas com a equipe de referência desta unidade
- ☐ Supervisiona as(os) orientadoras(es) sociais
- ☐ Capacita as(os) orientadoras(es) sociais
- ☐ Acompanha periodicamente os grupos
- ☐ Verifica a inclusão e acompanha a trajetória de usuárias(os) encaminhadas(os) pelo CRAS
- ☐ Acompanha as(os) usuárias(os) encaminhados do SCFV para o CRAS
- ☐ Avalia e monitora as atividades realizadas
- ☐ Discute casos em conjunto com a equipe do SCFV
- ☐ Registra e monitora as informações do SCFV por meio do SISC
- ☐ Outras. Quais? _____
- ☐ Nenhum dos itens anteriores

16. Em relação às vagas de SCFV desta unidade, informe se: (resposta única)

- ☐ Todas as vagas são preenchidas exclusivamente por usuárias(os) encaminhados pelos CRAS de referência
- ☐ A maioria das vagas é preenchida por usuárias(os) encaminhados pelos CRAS de referência
- ☐ A minoria das vagas é preenchida por usuárias(os) encaminhados pelos CRAS de referência
- ☐ As vagas são preenchidas de forma independente. Os encaminhamentos dos CRAS de referência não são um critério de priorização

17. Em geral, como é identificada a situação prioritária de usuárias(os) do SCFV? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não são identificadas as situações prioritária de usuárias(os) deste SCFV")

- ☐ Por meio de diagnóstico da equipe técnica do CRAS
- ☐ Por meio de diagnóstico da equipe técnica do CREAS
- ☐ Por meio de diagnóstico da equipe técnica do SCFV deste Centro de Convivência
- ☐ Por meio de diagnóstico da equipe do órgão gestor de Assistência Social
- ☐ Por meio de diagnóstico de profissionais do Sistema de Garantia de Direitos (Conselho Tutelar, entre outros)
- ☐ Outros. Qual? _____
- ☐ Não são identificadas as situações prioritárias de usuárias(os) deste Centro de Convivência

18. São desenvolvidas atividades socioassistenciais com familiares/responsáveis de participantes dos grupos do SCFV? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a opção "Não")

- ☐ Sim, por esta unidade
- ☐ Sim, pela equipe do CRAS de referência
- ☐ Sim, pela equipe do órgão gestor da Assistência Social
- ☐ Sim, por outra equipe. Qual? _____
- ☐ Não

19. Em 2021, esta unidade atendeu, no SCFV, pessoas de comunidades específicas e/ou povos tradicionais? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não atendeu")

- ☐ Não atendeu
- ☐ Sim, Povos Indígenas
- ☐ Sim, Comunidade Quilombola
- ☐ Sim, Povos Ciganos
- ☐ Sim, Povos de Matriz Africana e de terreiro
- ☐ Sim, Extrativistas
- ☐ Sim, Pescadores artesanais
- ☐ Sim, Ribeirinhas (famílias em calhas de rios)
- ☐ Sim, outros Grupos tradicionais e específicos (Acampadas, Assentados da reforma, Agricultores familiares, Beneficiárias do Programa Nacional de Crédito Fundiário, atingidos por empreendimentos de infraestrutura)
- ☐ Sim, Trabalho Infantil
- ☐ Sim, Atingidos por desastre
- ☐ Sim, Familiares de presos e egressos do sistema carcerário (em situação de privação de liberdade/encarcerados)
- ☐ Sim, Medida Socioeducativa
- ☐ Sim, Pessoas em situação de rua e/ou sem teto
- ☐ Sim, Pessoas imigrantes (internacional) e ou refugiados
- ☐ Sim, Transexuais/transgênero/travestis/lésbicas/gays/bissexuais/intersexuais
- ☐ Sim, outros. Qual? _____

20. Em 2021, esta unidade atendeu, no SCFV, pessoas que recebem benefícios assistenciais? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar "Não atendeu" ou "Não há o registro se os usuários desta unidade recebem benefícios assistenciais")

- ☐ Não atendeu (siga para a questão 21)
- ☐ Não há o registro se as(os) usuárias(os) desta unidade recebem benefícios assistenciais (siga para a questão 21)
- ☐ Sim, crianças e adolescentes com deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada
- ☐ Sim, adultas(os) com deficiência beneficiárias(os) do Benefício de Prestação Continuada
- ☐ Sim, pessoas idosas beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada
- ☐ Sim, crianças e adolescentes de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família
- ☐ Sim, adultas(os) beneficiárias(os) do Programa Bolsa Família
- ☐ Sim, pessoas idosas beneficiárias do Programa Bolsa Família
- ☐ Sim, pessoas que receberam benefícios eventuais

21. Qual a capacidade máxima para o atendimento (número de vagas no Serviço de Convivência) desta unidade? (Mês de referência: Agosto/2021 – Não é possível marcar “0” nesta questão)

Registre o número total de vagas que esta Unidade tem para ofertar o SCFV. Some as vagas ocupadas e as vagas disponíveis para inclusão de novas(os) usuárias(os). [Vagas ocupadas+Vagas disponíveis não ocupadas]

|_|_|_|_| vagas

22. Por quanto tempo, em média, as(os) usuárias(os) participam do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos? (resposta única)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> de 25 meses a 36 meses (de 2 a 3 anos) |
| <input type="checkbox"/> de 6 a 11 meses (até 1 ano) | <input type="checkbox"/> de 36 a 60 meses (de 3 a 5 anos) |
| <input type="checkbox"/> de 12 a 18 meses (de 1 ano a 1 ano e meio) | <input type="checkbox"/> Mais de 60 meses (mais de 5 anos) |
| <input type="checkbox"/> de 19 a 24 meses (de 1 ano e meio a 2 anos) | |

23. Em média, quantos dias as(os) usuárias(os) da unidade frequentam este serviço? (resposta única)

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

24. Em média, quantas horas, por dia, as(os) usuárias(os) permanecem na unidade (nos dias em que estas(es) utilizam o serviço)? (resposta única)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> menos de uma hora | <input type="checkbox"/> quatro a seis horas |
| <input type="checkbox"/> uma a duas horas | <input type="checkbox"/> mais de 6 horas |
| <input type="checkbox"/> duas a três horas | |

25. Indique as atividades normalmente realizadas com as(os) usuárias(os) dos Serviços de convivência e Fortalecimento de Vínculos: (Admite múltiplas respostas)

- ☐ Atividades esportivas
- ☐ Musicalidade (cantar, tocar instrumentos etc)
- ☐ Atividades de arte e cultura (pintura, circo, dança, teatro, trabalhos em papel etc.)
- ☐ Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê etc.)
- ☐ Atividades de inclusão digital
- ☐ Atividades de linguagem (produção de texto, contação de histórias, roda de conversa etc.)
- ☐ Atividades que envolvam manipulação de alimentos (culinária, hortas etc.)
- ☐ Atividades recreativas (jogos, brincadeiras, etc.)
- ☐ Reforço escolar
- ☐ Atividades de orientação para o mundo do trabalho
- ☐ Prestam atividades de cuidado de vida diária
- ☐ Outros. Qual? _____

26. Indique os temas normalmente discutidos com as(os) usuárias(os) do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: (Admite múltiplas respostas)

- ☐ Temas transversais (saúde, meio ambiente, cultura, esporte etc.)
- ☐ Direitos e programas sociais
- ☐ Segurança alimentar e nutricional
- ☐ Igualdade entre homens e mulheres
- ☐ Orientação sexual e de identidade de gênero
- ☐ Relações étnico-raciais
- ☐ Prevenção ao uso de álcool e drogas
- ☐ Prevenção à violência
- ☐ Parentalidade
- ☐ Deficiência e acessibilidade
- ☐ Mundo do trabalho
- ☐ Orientações sobre higiene e cuidados pessoais
- ☐ Outros. Qual? _____

BLOCO 4 – GESTÃO

27. Natureza da unidade: *(Caso necessário, atualize no CADSUAS)*

☐ Governamental *(pule para a questão 31)* ☐ Organização da Sociedade Civil

28. Em caso de Entidade ou Organização da Sociedade Civil, indique o CNPJ: *(Caso necessário, atualize no CADSUAS)*

29. A entidade ou Organização da Sociedade Civil possui Termo de Parceria ou outra forma de contratualização com o poder público municipal para repasse de recursos financeiros, visando à manutenção do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos?

☐ Sim ☐ Não

30. Quais são as formas de financiamento da entidade? *(Admite múltiplas respostas)*

- ☐ Recursos públicos municipais (parcerias, isenções fiscais, emendas parlamentares)
- ☐ Recursos públicos estaduais (parcerias, isenções fiscais, emendas parlamentares)
- ☐ Recursos públicos federais (parcerias, isenções fiscais, emendas parlamentares)
- ☐ Doações (pessoas físicas e jurídicas)
- ☐ Mantenedoras e organizações de fomento
- ☐ Receitas da comercialização de produtos e serviços
- ☐ Receitas de eventos, bazares, etc.
- ☐ Renda patrimonial (aluguéis, investimentos financeiros, poupança)
- ☐ Outras fontes. Quais? _____

31. Em relação ao planejamento das atividades desenvolvidas no SCFV, aponte as ações comuns a este Centro de Convivência: *(Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)*

- ☐ Realização de reuniões periódicas com a participação apenas dos educadores/orientadores sociais.
- ☐ Realização de reuniões periódicas com a participação dos educadores/orientadores sociais e demais profissionais do Centro de Convivência, incluindo os da direção/coordenação/chefia.
- ☐ Realização de reuniões periódicas com a participação dos profissionais do Centro de Convivência e os usuários do SCFV.
- ☐ Participação da equipe de profissionais do Centro de Convivência em reuniões com a rede socioassistencial, como CRAS e CREAS.
- ☐ Elaboração de instrumentais com a descrição das atividades que serão desenvolvidas durante determinado período e os objetivos/metasp a serem alcançados.
- ☐ Participação em ações que visam qualificar/aperfeiçoar as atividades que se destinam ao atendimento do público prioritário (Resolução CNAS nº 1/2013).
- ☐ Realização de estudos de caso sobre o perfil e as vivências dos usuários que participam do SCFV, especialmente dos que estão em situação prioritária (Resolução CNAS nº 1/2013).
- ☐ Realização periódica de avaliação das atividades realizadas junto aos grupos e produção de relatórios técnicos com os resultados alcançados.
- ☐ Outros. Qual? _____
- ☐ Não realiza nenhuma das atividades acima

32. Há participação das(os) usuárias(os) nas atividades de planejamento deste Centro de Convivência?*

- ☐ Não *(pule para a questão 34)*
- ☐ Sim, de maneira informal e eventual.
- ☐ Sim, de maneira informal e regular,
- ☐ Sim, de maneira formal e regular,

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

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

34. Nos últimos 12 meses, a Unidade proporcionou ou facilitou a participação das(os) suas(seus) profissionais em capacitação sobre os seguintes temas: *(múltipla escolha, exceto se marcar “Não participou de capacitação”)*

- ☐ Situações de isolamento;
- ☐ Trabalho infantil;
- ☐ Violência e/ou negligência;
- ☐ Abuso e/ou exploração sexual;
- ☐ Evasão ou defasagem escolar de crianças e adolescentes;
- ☐ Situação de acolhimento;
- ☐ Medidas socioeducativas;
- ☐ Medidas de proteção do ECA;
- ☐ Situação de rua;
- ☐ Deficiência.
- ☐ Outros. Especifique: _____
- ☐ Não proporcionou/facilitou a participação dos profissionais

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

- ☐ Exerce exclusivamente a função de coordenador(a)
- ☐ Acumula as funções de coordenador(a) e de orientador/educador social do SCFV nesta Unidade
- ☐ Acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade nesta Unidade que não é relacionada ao SCFV
- ☐ Não há coordenador(a) nesta Unidade

(caso marque que há coordenador nesta questão, será necessário informar quem é o coordenador na questão seguinte).

36. Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, email, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária de cada membro da equipe deste Centro de Convivência: *(Caso necessário, atualize no CADSUAS)*

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Exercício Função (DD/MM/AAAA)
				Número	Órgão Emissor	UF							
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
13)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
14)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

* O número de CPF é obrigatório.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Centro de Convivência	Carga Horária
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 – Psicóloga(o) 3 – Pedagoga(o) 4 – Advogada(o) 5 – Administrador(a) 6 – Antropóloga(o) 7 – Socióloga(o) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista política(o) 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	1. Comissionado 2. Servidor/Estatutário 3. Servidor Temporário 4. Empregado Público Celetista - CLT 5. Empregado Celetista do Setor Privado 6. Terceirizado 7. Outro vínculo não permanente 8. Voluntário	1. Coordenador(a) 2. Educador(a) Social 3. Apoio administrativo 4. Estagiário(a) 5. Serviços Gerais 6. Técnico(a) de Nível Superior 7. 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

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, à Função de cada pessoa e a carga horária.

Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela unidade:

Nome: _____

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

Cargo/Função:

☐ Coordenador(a) da unidade ☐ Técnica(o) de nível superior da unidade ☐ Outro

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

Assinatura: _____

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

Nome: _____

CPF: _____ **Data de Validação:** ____ / ____ / ____

Cargo/Função:

☐ Secretária(o) Municipal de Assistência Social ou congênere
☐ Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção básica no município.
☐ Técnica(o) da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere
☐ Outros

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

Assinatura: _____

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