

# CENSO SUAS 2024

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

## Manual de preenchimento do questionário Centro dia e similares

Unidades que executam o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.

**RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

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

Este questionário deve ser preenchido para as Unidades Não-Governamentais e Governamentais **“Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias”**, seja na modalidade Centro dia, seja em qualquer outra modalidade.

A exceção é a execução por meio de CREAS que responderá no respectivo questionário.

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 2024 os responsáveis necessitarão utilizar **o login e a senha do gov.br** (<https://sso.acesso.gov.br/login>) e perfil de acesso adequado junto ao Sistema de Autenticação e Autorização (SAA).

- ❖ Verifique o documento “Orientações sobre senhas/perfis” em Orientações Adicionais na página inicial do Censo SUAS

Em caso de dúvidas, encaminhe-as em ordem de preferência:

- ✓ Chat: <http://chat.mdsvector.site/chat-mds/index.php>
- ✓ E-mail: [vigilanciasocial@mds.gov.br](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br)
- ✓ Pelo telefone: 121
- ✓ Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>
- ✓ Ou ainda pelos telefones 61 2030-3300 ou 3376

## APRESENTAÇÃO

O Censo SUAS tem a finalidade de coletar informações sobre os padrões dos serviços, programas e projetos de assistência social realizados no âmbito das unidades públicas de assistência social e das entidades e organizações constantes do cadastro da assistência social, bem como sobre a atuação dos Conselhos de Assistência Social, como dispõe o [Decreto 7.334, de 19 de outubro de 2010](#).

Este manual é um guia para o preenchimento correto do questionário eletrônico das Unidades que executam o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, que deve ser preenchido pelos municípios, estados e Distrito Federal.

O período de preenchimento do questionário eletrônico dos Centros Dia pelos municípios/estados se inicia no dia

Para envio das informações ao Ministério, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>.

A SEDS/MC recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico.



### Atenção!

Para preenchimento do Censo SUAS, os responsáveis necessitarão utilizar *login e senha* (<https://sso.acesso.gov.br/login>) e possuir perfil adequado junto ao SAA.

Se você ainda não tem senha do **govbr**, acesse pelo site <https://sso.acesso.gov.br/login>, crie sua conta gov.br ou resgate uma senha já existente. Este login e senha pode ser usado para diversos serviços do governo federal. É com o CPF e a senha do gov.br que você fará o login no Censo SUAS. Mesmo tendo login e senha **govbr**, será necessário ter PERFIL de acesso no Sistema de Autenticação e Autorização do Ministério (SAA). No entanto, este ano para facilitar a troca de informações entre as unidades e a gestão. É possível usar novos PERFIS, conforme abaixo:

Se é técnico ou coordenador de Centro DIA e similares	Se é técnico ou coordenador de CREAS	Se é Gestor Municipal ou Equipe da Vigilância Socioassistencial/Rede SUAS
<p>PERFIS: censosuas.preenchimento <b>VERIFICAÇÃO:</b> Se está cadastrado nos Recursos Humanos do Centro dia e similares.</p> <p>➤ Preencher os questionários do Centro dia em que está cadastrado</p>	<p>PERFIS: censosuas.preenchimento ou rma.creas <b>VERIFICAÇÃO:</b> Se está cadastrado nos Recursos Humanos do CREAS.</p> <p>➤ Preencher o questionário CREAS em que está cadastrado ➤ Preencher os questionários de Centro dia e similares do município</p>	<p>PERFIS: cadsuas.municipio, rma.municipio ou censosuas.preenchimento. <b>VERIFICAÇÃO:</b> No caso do perfil censosuas.preenchimento é verificado se está cadastrado nos Recursos Humanos da Gestão Municipal.</p> <p>➤ Preencher o questionário de todos os Centro dia e similares do município ➤ Preencher os questionário de Centro dia e similares ou validar questionário já preenchido</p>

Em caso de dúvidas, encaminhe-as em ordem de preferência:

- ✓ Chat: <http://chat.mdsvector.site/chat-mds/index.php>
- ✓ E-mail: [vigilanciasocial@mds.gov.br](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br)
- ✓ Pelo telefone: 121
- ✓ Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>
- ✓ Ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954 ou 3130



Recomenda-se o uso dos navegadores **Google Chrome** e **Mozilla Firefox** para o preenchimento e o envio do questionário eletrônico.

Caso encontre algum **ERRO** neste manual ou no questionário de Centro de Convivência, ou tenha contribuições que podem ser agregadas a este documento, encaminhe imediatamente para o e-mail [vigilanciasocial@mds.gov.br](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br)

Este questionário deve ser preenchido para as Unidades Não-Governamentais e Governamentais “**Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias**”, seja na modalidade Centro dia, seja em qualquer outra modalidade. A exceção é a execução por meio de CREAS que responderá no respectivo questionário

**DESCRÍÇÃO RESUMIDA DO SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS.**

Serviço para a oferta de atendimento socioassistencial especializado a Pessoas com Deficiência e Idosos com algum grau de dependência de cuidados e suas famílias. (...) Tem a finalidade de oferecer cuidados **durante o dia**, em atividades básicas e instrumentais, complementares aos ofertados pela família, com o objetivo de proteger, evitar o isolamento social, promover autonomias, fortalecer os vínculos familiares, sociais e comunitários, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes. O Serviço deve contar com equipe de profissionais de nível superior e de nível médio (**cuidadoras/es sociais**), específica e habilitada para a prestação deste serviço especializado; espaço físico adequado em localização, tamanho, funcionalidade e acessibilidade; ações pautadas na identificação das necessidades de apoio e cuidados apresentadas pelas(os) usuárias(os) e suas famílias e no reconhecimento de potencialidades das(os) usuárias(os); no respeito e valorização da diversidade; na oferta variada de atividades de cuidados na perspectiva da redução da sobrecarga do estresse de cuidados e cuidadoras(es), em virtude da oferta continuada dos cuidados; do não isolamento social; na ampliação das redes de apoios, convivência, compartilhamentos de cultura, artes, espiritualidade, dentre outras; na construção de autonomias, de vínculos familiares, sociais e comunitários e no fortalecimento do papel protetivo da família; no acesso a serviços essenciais, esporte, cultura e lazer e a benefícios no território; na identificação das situações de risco e de violações de direitos de cuidados e cuidadoras(es) e na realização de encaminhamentos para os setores competentes. A partir da identificação das necessidades, deverá ser viabilizado o acesso a benefícios, programas de transferência de renda, serviços de políticas públicas setoriais, atividades culturais e de lazer, sempre priorizando o incentivo à autonomia da dupla “cuidador(a) e dependente”. Soma-se a isso o fato de que as(os) profissionais da equipe poderão identificar demandas da(o) dependente e/ou da(o) cuidador(a) e situações de violência e/ou violação de direitos e acionar os mecanismos necessários para resposta a tais condições. A intervenção será sempre voltada a diminuir a exclusão social tanto da(o) dependente quanto da(o) cuidador(a), a sobrecarga decorrente da situação de dependência/prestação de cuidados prolongados, bem como a interrupção e superação das violações de direitos que fragilizam a autonomia e intensificam o grau de dependência da pessoa com deficiência ou pessoa idosa.” (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – CNAS 2009)

Para ver a descrição completa do Serviço na Tipificação Nacional, acesse o link abaixo

[http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia\\_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf)

Para maiores Informações, acesso também o documento Orientação para o preenchimento do Censo SUAS por entidades que atendem pessoas com deficiência no SUAS:

## BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

O Bloco I – Identificação da Unidade no Censo SUAS 2022 será extraído das informações já preenchidas nas abas ‘Identificação’ e ‘Endereço’ do Sistema de Cadastro do SUAS (CADSUAS).



### Atenção!

Se a Unidade da qual se deseja preencher o questionário do Censo SUAS 2022 já está cadastrada no CADSUAS os dados de identificação já serão exibidos na página inicial do Censo.

**Ao cadastrar uma NOVA unidade no CADSUAS, sempre verifique se a mesma já existe no sistema.**

## CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS

**Nome que identifica a unidade:** \_\_\_\_\_

Informe o nome fantasia pelo qual se identifica esta unidade, por exemplo: Centro Dia jardim.

**Observe que:**

O nome fantasia é a denominação atribuída a cada unidade a fim de melhor identificá-la, especialmente quando o município possui mais de uma unidade. O nome fantasia pode fazer referência ao bairro e/ou território onde está localizada a unidade.

**Selecionar o Tipo de Logradouro (avenida, rua etc.)** \_\_\_\_\_

Informe a identificação do endereço, por exemplo: rua, avenida, praça, quadra etc., onde se situa esta unidade.

**Endereço** \_\_\_\_\_

Informe o endereço desta unidade, de acordo com o nome da rua, avenida, praça, quadra etc. onde se localiza, conforme endereço de correspondência, considerado pelos Correios e Telégrafos (ECT).

**Atenção! EVITAR ABREVIAÇÕES!**

**Número:** \_\_\_\_\_

Informe o número referente ao endereço desta unidade.

**Complemento:** \_\_\_\_\_

Informe dados complementares sobre o endereço. Caso não exista informação adicional, este campo poderá ser deixado em branco. O complemento refere-se a alguma informação adicional relativa ao endereço que seja importante informar para melhor localização da Unidade.

**Bairro:** \_\_\_\_\_

Informe o bairro no qual está situada a unidade.

**\*Para o Distrito Federal** no campo Bairro deve ser informada a Região Administrativa na qual está localizada a unidade, ainda que este referencie mais de uma Região Administrativa.

**CEP:** \_\_\_\_\_

Informe o Código de Endereçamento Postal desta unidade, no seguinte formato nn.nnn-nnn (70.788-090, por exemplo).

**Município:** \_\_\_\_\_

Selecione o município no qual está situada esta unidade.

**\*Para o Distrito Federal:** neste campo deve ser selecionada a opção Brasília, independentemente da Região Administrativa na qual está localizada a unidade.

**UF:** \_\_\_\_\_

Selecione a Unidade Federada na qual se situa esta unidade.

**E-mail:** \_\_\_\_\_

Informe o endereço eletrônico desta unidade. Se esta unidade não possuir um endereço eletrônico, informe o e-mail da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere, ou, ainda, o da Prefeitura Municipal. O e-mail informado deve ser institucional. Apenas na ausência deste pode ser informado e-mail particular.

**DDD- Telefone** |\_\_| - |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| | Ramal: |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Informe o número do telefone desta unidade, no seguinte formato: DDD com 02 (dois) dígitos e número do telefone com 08 (oito) dígitos. Por exemplo: (61) 3433-8783. Caso nesta unidade não exista telefone, informe o da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere, ou, ainda, o da Prefeitura Municipal. Caso nesta unidade exista mais de um telefone, indique no campo específico o ramal que possa ser contatado.

**Data de implantação desta Unidade:** |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_| |\_\_| (dd/mm/aaaa)

Informe a data em que foi iniciado o funcionamento desta unidade, indicando o dia, o mês e o ano em que unidade iniciou a oferta do serviço.



#### **Atenção!**

Considere início do funcionamento a data na qual foram iniciados os atendimentos para o Serviço.

## BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

### 1. Dados provenientes da gestão estadual ou municipal: (*marcação do sistema*)

Identifique a(o) responsável pela gestão e manutenção da unidade. A resposta desta pergunta é migrada automaticamente quando os dados são atualizados no CadSuas, que identifica através do cpf do usuário, se o mesmo pertence a gestão municipal ou a gestão estadual. Caso esta informação esteja errada no sistema, entre em contato pelo [vigilanciasocial@cidania.gov.br](mailto:vigilanciasocial@cidania.gov.br).

|\_\_| **Estadual**

A opção “Estadual” indica que o governo estadual é o responsável pelo funcionamento da unidade.

|\_\_| **Municipal/Distrital**

A opção “Municipal” indica que o governo municipal é o responsável pelo funcionamento da unidade. Também deve ser marcada esta opção se o Distrito Federal for o responsável pelo funcionamento da unidade.



#### **Atenção!**

Estes dados serão carregados automaticamente do CadSUAS.  
Caso necessário, atualize os dados no CADSUAS.

### 2. Indique o Público atendido nesta Unidade: (*marcação múltipla – caso necessário, atualize no CADSUAS*)

Indique o público atendido pela unidade. Estes dados são carregados do CadSUAS. Caso necessário, atualize essas informações neste cadastro. Este registro refere-se a oferta da unidade, isto é, se a unidade tem capacidade para atender este público. Se recebe este público, caso haja demanda, mesmo que no momento do preenchimento não haja atendimento a este público.

- |\_\_| **Criança/Adolescentes com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;**
- |\_\_| **Adultas(os) com deficiência e com algum grau de dependência e suas famílias;**
- |\_\_| **Idosas(os) com deficiência e suas famílias;**
- |\_\_| **Idosas(os) com algum grau de dependência (sem deficiência) e suas famílias.**

### 3. Horário de funcionamento:

Indique quantos dias na semana e horas por dia esta unidade funciona regularmente.

#### |\_\_| dias por semana

Indique quantos dias por semana este Centro Dia oferta o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Caso oferte durante os cinco dias da semana, mas eventualmente ou apenas uma vez por mês desenvolve alguma atividade no sábado ou domingo, deve ser preenchido que o Centro Dia oferta o serviço 5 dias por semana.



#### Atenção!

Indique a quantidade de dias em que a unidade efetivamente funciona e realiza atendimentos.

#### |\_\_| horas por dia

Se o período de funcionamento diário da Unidade for variado, é preciso calcular a média de funcionamento diário. Exemplo: se a Unidade funciona 7 horas de segunda a sexta e 5 horas no sábado, é preciso calcular a média de funcionamento diário, ou seja, 40 horas (por semana) dividido por 6 (dias por semana), o que resulta no funcionamento diário de 6,66 horas diárias. Como não é possível incluir números decimais, então é necessário arredondar o resultado. Se o resultado da média ficar entre 0.1 e 0.4, arredonda-se para baixo; e caso o resultado fique entre 0.5 e 0.9 deve-se arredondar para cima. No exemplo acima, o CREAS funciona 6,66 horas por dia, ou seja, 7 horas por dia com o arredondamento da média.

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

Esta questão deve sinalizar a natureza da unidade. As informações desta questão são vinculadas ao CadSUAS e são migradas automaticamente. Em caso de erro, corrija no CADSUAS.

#### |\_\_| Governamental (*pule para questão 10*)

Esta opção deve ser marcada se a unidade for governamental, neste caso Centros Dia. Caso marque esta opção, pule para a questão 10.

#### |\_\_| Não governamental/ Organização da Sociedade Civil.

Esta opção deve ser preenchida por unidades de assistência social que executam o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.

Caso marque esta opção, a entidade deve responder o questionário da questão 05 até a questão 09.



As unidades que possuem inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social devem responder. ([Resolução CNAS 14/2014](#)). No entanto, se há oferta do Serviço, mesmo que sem inscrição, este também deve ser preenchido.

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

Nesta questão deve ser informado o número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) da Entidade. Preencha o CPNJ da entidade local.

Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.**

Caso se trate de uma Unidade Governamental, essa questão deve ser deixada em branco.



CNPJ: |\_\_|.|\_\_|.|\_\_|.|\_\_|.|\_\_| | / |\_\_|.|\_\_|.|\_\_| | - |\_\_| |\_\_| (*caso necessário, atualize no CADSUAS*)

**6. Esta entidade faz parte de alguma rede/federação nacional, estadual ou regional de entidades de defesa e apoio às pessoas com deficiência e suas famílias?**

Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.**

Caso se trate de uma Unidade Governamental, essa questão deve ser deixada em branco.

Indique se a unidade participa de alguma rede ou federação de entidades que atuam na defesa e apoio às pessoas com deficiência, composta por APAE, Pestalozzi, Associações, Federações, entre outras organizações:

**Atenção!** Inscrição/registro em Conselho de Direitos não devem ser registrados nesta questão.

Sim       Não (**pule para a questão 8**)

**7. Caso sim, informe a principal rede/federação de que faz parte: (marcação única)**

Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.**

Caso se trate de uma Unidade Governamental, essa questão deve ser deixada em branco.

Indique qual federação ou rede a unidade faz parte. É importante notar que Conselhos de Direitos/Políticas Estaduais, Municipais ou Nacionais não se enquadram no conceito de federações/redes, sobre os quais essa questão se refere. Há uma questão específica sobre Conselhos ao longo do questionário.

**Federação Nacional, Estadual e/ou Regional de APAES**

A Federação Nacional das APAEs é uma associação civil, filantrópica, de caráter educacional, cultural, assistencial, de saúde, de estudo e pesquisa, desportivo e outros, sem fins lucrativos, com duração indeterminada, congregando, como filiadas, as Federações das APAEs dos Estados, as APAEs e outras entidades análogas, tendo sede e foro em Brasília, Distrito Federal.

**Federação de Nacional, Estadual e/ou Regional de Associações Pestalozzi**

Movimento voltado para o desenvolvimento de programas, projetos, serviços e ações de defesa e garantia de direitos destinados às pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e funcionais e pessoas com altas habilidades/superdotação e seus familiares.

**Federação Brasileira, Estadual ou Regional das Instituições de Excepcionais (FEBIEX)**

Organização social quem congrega entidades que assistem pessoas com deficiência.

**Associação Brasileira de Autismo**

Entidade civil sem fins lucrativos. Originalmente destinada a congregar Associações de Pais e Amigos de Autistas, hoje tem por finalidade a integração, coordenação e representação, em nível nacional e internacional, das entidades voltadas para a atenção das pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

**Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (FENEIS)**

Entidade filantrópica, de cunho civil e sem fins lucrativos, tem por objetivo a defesa e a luta dos direitos da Comunidade Surda Brasileira.

**Organização Nacional dos Cegos**

Organização Não-Governamental e sem fins lucrativos que trabalha articulando suas Entidades afiliadas por todo o território nacional, com o objetivo de dar-lhes estrutura e representatividade política, além de apoio técnico, social e pedagógico.

**Organização Nacional de Deficiência Física (ONEDEF)**

Sociedade São Vicente de Paula

Caso tenha optado por uma das alternativas acima não é necessário incluí-las na opção “Outros” e “Qual”. Utilize apenas para identificar redes/federações nacionais, estaduais ou regionais não identificadas nas opções anteriores.

Outras. Qual: \_\_\_\_\_

Evitar abreviações ao preencher o campo Qual: \_\_\_\_\_.

**8. A entidade recebe recursos financeiros da Assistência Social visando à manutenção dessa unidade? (Admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção)**

Essa questão deve ser preenchida APENAS por unidades Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.

Caso se trate de uma Unidade Governamental, essa questão deve ser deixada em branco.

Sim, municipal ou do Distrito Federal

Assinale “Sim” caso a entidade receba recursos financeiros da política de Assistência Social do Governo Municipal para a manutenção da Unidade.

Sim, estadual

Assinale “Sim” caso a entidade receba recursos financeiros política de Assistência Social do Governo Estadual para a manutenção da Unidade.

Sim, federal (subvenções/emendas parlamentares)

Assinale “Sim” caso a entidade receba recursos financeiros política de Assistência Social do Governo Federal para a manutenção da Unidade.

Não

Assinale “Não” caso a entidade NÃO RECEBA NENHUM tipo de recurso financeiro política de Assistência Social, seja do Governo Municipal ou do Governo Estadual, para a manutenção da Unidade.

**9. A entidade recebe outras formas de apoio do poder público municipal ou estadual ou Distrito Federal? Caso sim, indique quais: (admite múltipla resposta, exceto se marcar a primeira opção)**

**(Atenção! Assinalar os itens apenas quando o apoio ocorrer de forma direta, não sendo decorrente do próprio recurso financeiro transferido pelo Convênio/Termo de parceria)**

Essa questão deve ser preenchida APENAS por unidades Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.

Caso se trate de uma Unidade Governamental, essa questão deve ser deixada em branco.

Só devem ser assinalados os itens que corresponderem a apoio oferecido diretamente, e não por meio de convênio ou repasse de recursos financeiros para a manutenção da Unidade (nesse caso, deverá ser assinalado “Sim” na questão anterior).

**Exemplo:** Se a Entidade tem convênio com o Governo Municipal e recebe, mensalmente ou anualmente, recursos financeiros e esse dinheiro é utilizado para a aquisição de gêneros alimentícios, NÃO deve ser assinalado esse item nesta questão.

Já no caso da Prefeitura/Secretaria Municipal fornecer diretamente os gêneros alimentícios, deve-se assinalar a opção correspondente.

**Não recebe nenhuma outra forma de apoio do poder público municipal ou estadual (*siga para a questão 10*)**

Esta opção deve ser marcada em dois casos. No primeiro se a entidade não tem convênio/ termo de parceria com o poder público, e não recebe deste apoio direto, por exemplo, em forma de doações. A segunda opção se a entidade **tem** convênio/ termo de parceria e não recebe apoio direto do poder público. Caso essa opção seja marcada, NENHUMA das demais opções abaixo deverá ser marcada.

**Cessão de recursos humanos**

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual ceda profissionais para trabalhar na Unidade. Não se enquadra nesse item a participação esporádica de profissionais da prefeitura em reuniões, estudo de caso, discussão de encaminhamento, nem o trabalho de supervisão e/ou fiscalização da entidade.

**Cessão de imóvel**

Assinale essa opção caso a Unidade funcione em imóvel cedido gratuitamente pelo poder público municipal ou estadual para o funcionamento da entidade.

**Pagamento de aluguel**

Assinale essa opção caso o aluguel do imóvel onde funciona a entidade seja pago pelo poder público municipal ou estadual.

**Pagamento de contas de água**

Assinale essa opção caso o pagamento de contas de água do imóvel onde funciona a entidade seja pago diretamente pelo poder público municipal ou estadual.

**Pagamento de contas de luz ou telefone**

Assinale essa opção caso o pagamento de contas de luz ou telefone do imóvel onde funciona a entidade seja pago diretamente pelo poder público municipal ou estadual.

**Fornecimento de gêneros alimentícios**

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual seja o responsável pelo fornecimento de gêneros alimentícios para a entidade.

**Fornecimento de materiais de higiene e limpeza**

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual seja o responsável pelo fornecimento de materiais de higiene e limpeza para a entidade.

**Fornecimento de materiais pedagógicos, culturais, esportivos e outros**

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual seja o responsável pelo fornecimento de materiais pedagógicos, culturais, esportivos e outros para a entidade.

**Isenção de taxas ou tributos municipais**

Assinale essa opção caso a entidade usufrua de alguma isenção de taxa ou tributo municipal ou estadual.

**Treinamento e capacitação de trabalhadores da entidade**

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual oferte, direta ou indiretamente, treinamento e/ou capacitação para trabalhadores da entidade. Deve ser marcada essa opção, tanto nos casos onde a prefeitura / secretaria promova diretamente eventos de treinamento/capacitação dos quais participem trabalhadores da entidade, quanto no caso do poder público municipal ou estadual propiciar a participação de trabalhadores da entidade em eventos de capacitação/cursos ofertados por outras entidades/órgãos (ONGs, Universidades, Sistema S, etc)

**Outros**

Assinale essa opção caso o poder público municipal ou estadual oferte outro tipo de apoio direto, que não esteja mencionado nas opções anteriores.

**10. Assinale o(s) Conselho(s) no(s) qual(is) esta unidade possui inscrição/registro: (*Admite múltipla resposta, exceto se marcar a última opção.*)**

Essa questão deve ser preenchida **APENAS** por unidades **Não Governamentais/ Organizações da Sociedade Civil.**

A inscrição/registro é a autorização de funcionamento concedida pelos conselhos para projetos/atividades a políticas públicas específicas. Esta pergunta não se refere a participação de pessoas em conselhos, mas de inscrição/registro da entidade nestes Conselho, seja no Conselho Municipal, Estadual ou do Distrito Federal.

Indique os Conselhos nos quais a Unidade/Serviço possui inscrição. Esta questão admite resposta múltipla.

**Conselho de Assistência Social** (*esta opção só pode ser marcada por organização da sociedade civil não-governamental*)

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição no Conselho de Assistência Social.

**Conselho de Direitos da Criança e Adolescente**

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente.

**Conselho de Direitos da Pessoa Idosa .**

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição no Conselho do Idoso

**Conselho de Direitos da Pessoa com Deficiência**

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição no Conselho da Pessoa com Deficiência

**Outros. Qual? \_\_\_\_\_**

Assinale essa opção caso a Unidade possua inscrição em algum outro conselho não citado nas alternativas anteriores. Caso tenha, preencher o nome do Conselho na opção “Quais”.

Evitar abreviações ao preencher o campo **Qual:** \_\_\_\_\_.

**Em nenhum dos citados acima**

Assinale essa opção caso a entidade não possua inscrição em nenhum conselho.

**11. Este Centro Dia está referenciado a um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)?**

**Atenção!** Considera-se referenciamento ao CREAS o processo de coordenação e orientação das unidades que ofertam serviços de Proteção Social Especial e tenham pactuação de fluxo, monitoramento e outras articulações para atendimento dos usuárias/os encaminhados pelos CREAS.

Indique se a unidade está referenciada a um CREAS. Caso sim, informe

**Sim. Qual? Número de Identificação |\_\_\_\_\_|**

**Não**

**Atenção!**

O Número de identificação do CREAS ou IDCRESAS é o número que a unidade possui no CadSUAS.

É possível obter o número identificador da unidade do CRAS, através da Consulta Pública do [CADSUAS](#). É só acessar o link: <http://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas/>, marcar a UF, município e tipo de unidade.

**Atenção!**

Referenciamento é o processo obrigatório pelo qual os serviços socioassistenciais, ofertados por unidades públicas ou privadas, mantêm relação com a unidade de referência da respectiva proteção social (básica ou especial). No caso da proteção social especial de média complexidade, o CREAS é a unidade de referência. Isso significa que os serviços deverão receber as orientações do CREAS, estabelecer compromissos e fluxos de trabalho.

O número Identificador da unidade CREAS é gerado pelo CadSuas, quando inserido pela primeira vez. O número identificador do CREAS pode ser solicitado à gestão municipal, ao

**12. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que referencia este Centro Dia realiza quais atividades de referenciamento: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

Indique todas as atividades de referenciamento realizadas pelo CREAS que referencia este Centro DIA. Se o CREAS não realizar nenhuma das atividades elencadas abaixo, marque a última opção (Não realiza nenhuma das atividades acima).

- Coleta/recebe periodicamente informações sobre dados de atendimento do Serviço
- Realiza reuniões periódicas para avaliação do Serviço com o Centro Dia
- Participa do processo de planejamento das atividades do Serviço
- Acompanha cotidianamente as atividades do Serviço
- Participa da construção de estratégias metodológicas do Serviço
- Elabora relatórios técnicos específicos sobre casos atendidos/acompanhados pelo Serviço
- Realiza estudos de caso em parceria com o Serviço
- Define procedimentos comuns e/ou complementares ao Serviço
- Possui fluxos de encaminhamentos e trocas de informações com o Serviço
- Articula com a rede de serviços socioassistenciais
- Articula com a rede dos serviços das políticas públicas setoriais
- Articula com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos
- Participa da definição dos critérios de acesso das(os) usuárias(os) ao serviço
- Não realiza nenhuma das atividades acima

**13. Em relação a outras políticas públicas, esta unidade: (admite múltipla resposta por linha, exceto se marcar a opção “Nenhuma das anteriores”)**

	recebe recursos financeiros, visando à sua manutenção	compartilha espaços físicos, mas as ofertas são separadas	realiza a oferta de forma integrada	Nenhum a das anteriores
Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras. Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICA**

**14. Descreva o espaço físico desta Unidade: (Atenção! Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço).**

Em caso de compartilhamento, indique os espaços físicos existentes e utilizados especificamente pelo Centro Dia.



**Atenção!**

É obrigatório preencher todos os campos, mesmo que seja com o numeral “zero”.  
Cada sala deve ser contada uma única vez na descrição do espaço.

**Para responder esta questão observe que:**

É necessário quantificar as salas e banheiros que o Centro Dia possui. A indicação do número de salas de atendimento deve ser realizada a partir de avaliação prévia da capacidade de cada uma (capacidade máxima para o atendimento de 5 pessoas, de 6 a 14 pessoas, de 15 a 30 pessoas ou sala com capacidade superior a 30 pessoas).

No caso dos banheiros, é preciso contar apenas os cômodos que são usados como banheiros (independentemente da quantidade de divisórias ou vasos sanitários que existam em cada banheiro).

**EXEMPLO: Preenchimento da primeira parte da questão 14.**

Se o Centro Dia possui 5 salas com capacidade máxima para o atendimento de 5 pessoas; nenhuma com capacidade de 6 a 14 pessoas; 1 sala com capacidade de 15 a 29 pessoas; 1 salão com capacidade superior a 29 pessoas; 1 sala para as atividades da coordenação e equipe técnica; 2 banheiros exclusivos para os trabalhadores; 4 banheiros à disposição dos usuários. O quadro deve ser preenchido da seguinte forma:

<b>Salas utilizadas para atividades com as(os) usuárias(os)</b>	<b>Quantidade</b>
Quantidade de Salas com capacidade máxima de 5 pessoas	_0_ _5_
Quantidade de Salas com capacidade para 6 a 14 pessoas	_0_ _0_
Quantidade de Salas com capacidade de 15 a 29 pessoas	_0_ _1_
Quantidade de Salas com capacidade para 30 ou mais pessoas	_0_ _1_
<b>Salas exclusivas de Coordenação, equipe técnica ou administração</b>	
Quantidade de salas ( <i>Atenção! Não são salas utilizadas para atendimento!</i> )	_0_ _1_
<b>Banheiros de uso exclusivo das(os) trabalhadoras(es)</b>	_0_ _2_
Em relação ao quantitativo de banheiros, é necessário especificar o número de uso exclusivo da equipe de profissionais da Unidade. No exemplo acima, são dois banheiros exclusivos.	
Se não houver banheiro exclusivo para a equipe, marque “0” (zero).	
<b>Banheiros para uso das(os) usuárias(os)</b>	_0_ _4_
Preencha o número total de banheiros existentes para utilização dos(as) usuários(as).	

**EXEMPLO: Preenchimento da segunda parte da questão 14.**

Nas questões referentes aos **Demais Ambientes** da unidade, basta indicar sua existência ou não.

Se o Centro Dia possui recepção (antessala, destinada à espera e ao primeiro acolhimento das famílias/indivíduos); cozinha/copa, refeitório, almoxarifado, mas não tem espaço externo para atividades de convívio ou área para descanso das(os) usuárias(os), então o quadro deve ser preenchido da seguinte forma:

<b>Demais Ambientes</b>	<b>Possui?</b>	
Recepção	x   Sim	__  Não
Cozinha/Copa	x   Sim	__  Não
Refeitório	x   Sim	__  Não
Almoxarifado ou similar	x   Sim	__  Não
Piscina	__  Sim	x   Não
Quadra esportiva	__  Sim	x   Não

Espaço externo para atividades de convívio ou recreação ( <b>exceto quadra e piscina</b> )	<input type="checkbox"/> Sim	x   Não
Área de Descanso para a(o) usuária(o)	<input type="checkbox"/> Sim	x   Não

**15. Assinale as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência e pessoas idosas nesta Unidade: (Resposta única por linha)**

Indique se os espaços físicos desta unidade possuem condições de acessibilidade para pessoas idosas ou pessoas com deficiência, e se estes estão em conformidade ou não com a [NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas \(ABNT\)](#) que trata da “acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos” (NBR 9050).



Acessibilidade é a possibilidade de acesso a todas as pessoas ao meio edificado, à via pública, aos transportes e às tecnologias de informação e comunicação, com o máximo possível de autonomia e de usabilidade.

**OBS 1:** A opção “Sim, de acordo com a Norma da ABNT” deve ser assinalada apenas se as adaptações existentes atenderem às exigências da Norma especificada.

**OBS 2:** A opção “Sim, mas não estão de acordo com a Norma da ABNT” deve ser assinalada no caso de a unidade possuir acessibilidade mas não em conformidade com a Norma, desde que adequadas para garantir o acesso e a participação da pessoa idosa ou com deficiência nas atividades desenvolvidas.

Condições de acessibilidade apresentadas	SIM De acordo com a Norma da ABNT (NBR9050)	SIM Mas não estão de acordo com a Norma da ABNT(NBR9050)	Não possui
Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção no interior da unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível aos espaços da Unidade (recepção, salas de atendimento e espaços de uso coletivo);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rota acessível ao banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Além dos itens acima, há outras adaptações para assegurar a acessibilidade desta unidade? (Admite múltiplas respostas exceto se marcar a última opção)**

Sim, suporte de profissional com conhecimento em LIBRAS

Libras é a língua brasileira de sinais (sistema linguístico de natureza visual-motora, língua gestual) utilizada por pessoas surdas, reconhecida como meio legal de comunicação e expressão pela Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Marque essa opção se a unidade possui profissional com conhecimento em Libras, apto a interpretar e traduzir a linguagem de sinais.

Sim, suporte de material em Braille.

Marque essa opção se a unidade possui material em Braille, tais como livros, placas ou avisos. Braille é um sistema de leitura tátil para pessoas cegas ou com baixa visão.

Sim, suporte para leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual.

Marque este item se a Unidade possui leitores de telas de computador para pessoas com deficiência visual. O leitor de tela para deficientes visuais são softwares de leitura de tela que transformam informações visuais de computador em áudio, ou seja, o software de leitura de tela traduz as informações mostradas na tela do computador em material sonoro, indicando o que é mostrado no computador e avisando o usuário sobre suas interações e ações no ambiente.

**Sim, há outras adaptações ou estratégias para assegurar a acessibilidade às pessoas com deficiência auditiva/surdas e pessoas com deficiência visual. Qual? \_\_\_\_\_**

**Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência física. Qual? \_\_\_\_\_**

Tem sido utilizado para referir-se a todo o conjunto de produtos especiais e outros recursos que, de alguma maneira contribui para tornar viável uma vida independente para as pessoas com deficiência física.

Dispositivos para Utilização de Computadores: Existem recursos para recepção e emissão de mensagens, acessos alternativos, teclados e mouses adaptados, que permitem a pessoas com deficiências físicas operar computadores.

Adaptações Estruturais: São dispositivos que reduzem ou eliminam barreiras arquitetônicas, como por exemplo rampas, elevadores, entre outros.

Adequação da Postura: Adaptações para cadeira de rodas ou outro sistema de sentar visando o conforto e distribuição adequada da pressão na superfície da pele (almofadas especiais, assentos e encostos anatômicos), bem como posicionadores e contentores que propiciam maior estabilidade e postura adequada do corpo através do suporte e posicionamento de tronco/cabeça/membros.

Adaptações para Déficits Visuais e Auditivos: São lentes de aumento, telas aumentadas, sistemas de alerta visuais, amplificadores e outros.

Equipamentos para a Mobilidade: São as cadeiras de rodas e outros equipamentos de mobilidade, como andadores, bengalas, muletas e acessórios.

Adaptações em Veículos: Incluem as modificações em veículos para a direção segura, sistemas para acesso e saída do veículo, como elevadores de plataforma ou dobráveis, plataformas rotativas, plataformas sob o veículo, guindastes, tábuas de transferência, correias e barras.

Evitar abreviações ao preencher o campo **Qual:** \_\_\_\_\_.

**Sim, outras adaptações e tecnologias assistivas para deficiência intelectual e autismo. Qual? \_\_\_\_\_**

Marque este item se a Unidade possui outras adaptações e tecnologias assistivas para pessoas com deficiência intelectual e autismo, como instrumentos que estimulam o ensino/aprendizado das(os) usuárias(os) como softwares, aplicativos ou outros recursos pedagógicos.

Evitar abreviações ao preencher o campo **Qual:** \_\_\_\_\_.

**Sim, pisos especiais com relevos para sinalização voltados para pessoa com deficiência visual.**

Marque este item se a Unidade possui pisos especiais com relevos para sinalização voltados para pessoa com deficiência visual.

**Não há outras adaptações.**

Marque essa opção se a unidade não possui adaptações ou tecnologias assistivas.

**Atenção!**



**Tecnologias assistivas são também conhecidas como:** "uma ampla gama de equipamentos, serviços, estratégias e práticas concebidas e aplicadas para minorar os problemas encontrados pelos indivíduos com deficiências" (COOK, A. M., HUSSEY, S. M. *Assistive Technologies: Principles and Practices*. St. Louis, Missouri. Mosby-Year Book, 1995.).

**17. Indique os equipamentos e materiais disponíveis, em perfeito funcionamento, para o desenvolvimento dos Serviços desta unidade. (Admite múltiplas respostas)**

Equipamentos e materiais são os objetos utilizados por uma unidade para a realização de suas tarefas, atividades e cumprimento de suas funções. Informe quais os equipamentos e materiais a unidade possui em perfeito funcionamento e estão disponíveis no local de realização das atividades para o uso da equipe técnica e administrativa. Equipamento em más condições, que não permitem seu uso, não devem ser contabilizados.

- Telefone** Quantos? |\_\_|\_\_|
- Celular da Unidade**
- Impressora** Quantos? |\_\_|\_\_|
- Televisão (TV)**
- Equipamento de som**
- DVD**
- Datashow**
- Veículo de uso exclusivo** Quantos? |\_\_|\_\_|
- Veículo de uso compartilhado.** Quantos? |\_\_|\_\_|
- Veículo adaptado para o transporte de cadeirantes**
- Acervo bibliográfico (Livros)**
- Brinquedos**
- Materiais pedagógicos, culturais e esportivos**
- Armários individualizados para guarda de pertences**
- Artigos de higiene pessoal**
- Cadeira de rodas**
- Cadeiras para banho**
- Geladeira**
- Freezer**
- Fogão**
- Micro-ondas**
- Máquina de lavar roupa**
- Secadora de roupa**
- Camas/ Colchonetes. Quantidade?** |\_\_|\_\_|
- Sofás/ poltronas/ Cadeiras para descanso**
- Mesas e cadeiras para refeição/ refeitório**
- Ar Condicionado**
- Ventilador**

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

- 18.1 Quantidade total de computadores na Unidade |\_\_|\_\_|\_\_|
- 18.2 Quantidade de computadores conectados à internet |\_\_|\_\_|\_\_|
- 18.3. Dentre os computadores conectados à Internet, quantos estão disponíveis para serem usados pelas(os) usuárias(os)? |\_\_|\_\_|\_\_|

**19. O local onde funciona a Unidade é servido por transporte público (ônibus/trem/metrô/barcas)? (resposta única)**

- Sim, com ponto de transporte localizado a menos de 1000 metros de distância da Unidade (ou quinze minutos de caminhada)
- Sim, com ponto de transporte localizado entre 1000 e 2000 metros de distância da Unidade (ou até 30 minutos de caminhada)
- Não possui ponto de transporte público nas proximidades (ou exige caminhada superior a 30 minutos)

**20. Indique as ações e atividades desenvolvidas no âmbito do “Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, e Pessoas Idosas e suas famílias” nesta unidade: (*admite múltiplas escolhas*)**

Indique todas as ações e atividades que são desenvolvidas nesta unidade pelo Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.

**Atenção!**

Assinalar somente as ações e atividades desenvolvidas no espaço físico da unidade, pela sua equipe de referência.

**|\_\_| Acolhida e escuta inicial**

Consiste no atendimento inicial e na escuta qualificada das necessidades e demandas trazidas pelo indivíduo ou família, realizada por profissional da unidade. Tem como objetivo compreender as demandas apresentadas pelas famílias e indivíduos, conhecer suas expectativas e iniciar a construção de vínculo de confiança para o desenvolvimento do acompanhamento socioassistencial.

**|\_\_| Estudo social**

Consiste em estudo realizado por profissional da equipe técnica da unidade com o objetivo de conhecer a trajetória de vida de cada usuária(o), identificar demandas e possibilidades para o trabalho a ser desenvolvido, encaminhamentos necessários, inclusive para acesso a serviços e benefícios. O estudo social parte de um conjunto de informações obtidas por meio de entrevistas, visitas domiciliares e institucionais e demais contatos. O estudo social envolve também uma análise interpretativa das informações obtidas, bem como uma proposta de intervenção na situação específica da(o) usuária(o) e um parecer. As informações mais relevantes do estudo devem ser registradas em instrumentais apropriados (fichas cadastrais, bancos de dados, prontuários etc.), observada a questão ética.

**|\_\_| Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar**

Assinale esta opção se nesta unidade é realizada a elaboração do Plano de Acompanhamento Individual ou Familiar às famílias e indivíduos em acompanhamento. Esta ação consiste em um conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma continuada, a partir do estabelecimento de compromissos entre o indivíduo ou a família e profissionais. Nesse instrumento, faz-se necessário o apontamento de objetivos, estratégias e recursos que possam contribuir para o trabalho social, considerando as particularidades e o protagonismo de cada indivíduo e sua família.

**|\_\_| Realiza atividade de cuidados básicos de vida diária e de autocuidado(higiene, alimentação, descanso)**

Consiste em tarefas básicas de autocuidado semelhantes às habilidades que se aprende na infância. Elas incluem: alimentar-se, ir ao banheiro, escolher a roupa, arrumar-se e cuidar da higiene pessoal, manter-se continente, vestir-se, tomar banho, andar e transferir (por exemplo, da cama para a cadeira de rodas).

**|\_\_| Oficinas e atividades coletivas de convívio e socialização**

São ações participativas, cujo objetivo é ampliar o universo informacional, cultural e social das(os) usuárias(os), visando à construção coletiva de conhecimentos e ações. As oficinas devem oportunizar espaços de expressão, troca de experiências, discussão e reflexão, descoberta e intensificação de recursos e potencialidades, além do fortalecimento da autoestima e identidade.

**|\_\_| Atividades individualizadas ou em grupos de apoio ao desenvolvimento pessoal e autonomia****|\_\_| Colaboração na prática e recomendações de outros profissionais (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, professor e outros)****|\_\_| Visitas Domiciliares**

Assinale esta opção se as(os) técnicas(os) que ofertam o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias realizam visitas domiciliares. A visita domiciliar possibilita às(as) técnicas(os) conhecer a realidade dos territórios, as formas de convivência comunitária, os arranjos familiares. Além de permitir o aprofundamento de intervenções que nem sempre são possíveis coletivamente, como é o caso de mobilização das redes sociais de apoio à família. A visita domiciliar deve ser realizada com o consentimento da família. Sugere-se, para facilitar o desenvolvimento do processo de comunicação, o estabelecimento, sempre que possível, de um contato prévio entre as(os) profissionais e a família e o agendamento da visita domiciliar.

#### |\_\_| Atividades com a família da(o) usuária(o)

Assinale esta opção se nesta unidade são realizadas atividades com a família da(o) usuária(o). Essas atividades visam à orientação às famílias sobre cuidados, sobre o apoio às famílias e às(as) cuidadoras(es) familiares na diminuição do estresse decorrente dos cuidados prolongados na família.

#### |\_\_| Apoio e orientação às(as) cuidadoras(es) familiares

Esta atividade oferece apoio às(as) cuidadoras(es) familiares para viabilizar a conciliação dos papéis sociais de cuidadoras(es) com o desenvolvimento de projetos pessoais, estudos, trabalho e convivência com os demais integrantes da família.

#### |\_\_| Orientação e apoio aos cuidadores familiares para o autocuidado

Assinale esta opção caso a unidade oferte, no âmbito do serviço, apoio prático às(as) familiares das(os) usuárias(os) para a realização das ações diárias de autocuidados, tais como alimentação, limpeza íntima, troca de roupas, e para as demais atividades cotidianas.

#### |\_\_| Orientação sobre tecnologias assistivas

Assinale esta opção no caso de a unidade realizar atividades de orientação sobre as tecnologias assistivas existentes, incluindo indicação sobre os locais em que as(os) usuárias(os) podem obter esses recursos.

#### |\_\_| Mobilização das(os) usuárias(os) para acesso ao serviço

Trata-se de ações de disseminação e divulgação sobre as ofertas e a forma de atendimento ofertado na unidade. Nesta ação o público alvo, indivíduos ou famílias com presença de pessoas com algum grau de dependência, são mobilizados para conhecer as atividades ofertadas na unidade.

#### |\_\_| Orientação sobre acesso ao BPC

**Atenção!** Somente é possível afirmar que há um processo de orientação para inserção de pessoas no BPC, se já houve o estabelecimento de fluxos entre a Secretaria de Assistência Social (ou congêneres) e as agências do INSS e se a equipe do Centro Dia conhece e alimenta esse fluxo. O acompanhamento pressupõe que a equipe do Centro Dia esteja informada sobre a concessão ou não do benefício a cada família e da atualização das informações.

#### |\_\_| Orientação sobre o acesso a outros benefícios

A partir da identificação das necessidades, deverá ser viabilizado o acesso a benefícios e programas de transferência de renda, sempre priorizando o incentivo à autonomia da dupla “cuidador(a) e pessoa cuidada”.

#### |\_\_| Orientação e apoio para obtenção de documentação pessoal

Assinale esta opção se esta unidade realiza o apoio para obtenção de documentação pessoal às(as) usuárias(os). Esta ação consiste na orientação e no estabelecimento de fluxos e sistemáticas de encaminhamento de indivíduos para os órgãos responsáveis pela emissão de documentação pessoal.

#### |\_\_| Orientação para realização de cadastro no Cadastro Único

Assinale esta opção se esta unidade orienta as(os) usuárias(os) para realização do Cadastro Único. *O Cadastro Único para Programas Sociais - Cadastro Único é instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda, a ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiárias(os) e integração de programas sociais do Governo Federal voltados ao atendimento desse público ([Decreto 6.135, de 26 de junho de 2007](#)).*

#### **Atenção!**

Nas opções que envolverem o conceito de “**encaminhamento**”, considere que:

Encaminhamento é o processo de orientação da(o) usuária(o) para acesso a um serviço ou direito, comunicação do órgão responsável pela outra política da necessidade de atendimento da(o) usuária(o), oferta de um documento oficial de encaminhamento e o acompanhamento junto à rede e ao usuário da efetivação do atendimento.



#### |\_\_| Acompanhamento das(os) usuárias(os) encaminhadas(os) para a rede

Consiste no acompanhamento/monitoramento dos encaminhamentos realizados pela equipe da unidade, de forma a efetivar seu papel de proteção e atendimento a indivíduos com algum grau de dependência e suas famílias, que demandam atendimento na rede. Pressupõe contatos sistemáticos com os atores da rede para acompanhar os encaminhamentos realizados, tendo em vista a importância de um trabalho conjunto e efetivo com indivíduos e famílias, a partir das demandas identificadas

#### |\_\_| Registro de informações em prontuário

Assinale esta opção se nesta unidade é realizado o registro do acompanhamento realizado com os indivíduos e as famílias em Prontuário. A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais aponta que a utilização de prontuário é requisito essencial para o trabalho social com famílias no âmbito do SUAS. O registro sistemático de informações em prontuário representa um indicador de qualidade do serviço oferecido, além de se constituir como um instrumento técnico para respaldo ético e legal das(os) profissionais responsáveis pelo serviço oferecido e para a família e indivíduos atendidos.

#### |\_\_| Palestras e Oficinas envolvendo a comunidade

Assinale esta opção se esta unidade realiza palestras e oficinas envolvendo a comunidade. Esta ação consiste em exposições orais e/ou audiovisuais a respeito de um tema, conforme expectativas e necessidades de um grupo de famílias, seus membros ou a um grupo de pessoas na comunidade, com objetivo de sensibilizar e mobilizar para alguma questão ou para divulgar e incentivar a participação em outras atividades socioassistenciais e socioeducativas.

#### |\_\_| Provimento de bens materiais

Assinale esta opção caso a unidade distribua entre as(os) usuárias(os) materiais diversos, tais como: equipamentos de tecnologia assistiva, cadeiras de rodas, fraldas, entre outros.

#### I\_\_I Realiza atividade de cuidados básicos de vida diária e de autocuidado (higiene, alimentação, descanso)

#### I\_\_I Realiza atividades de cuidados instrumentais da vida diária (ex. cuidar das próprias finanças, preparar a alimentação)

**21. Qual o tipo de atividade realizada durante as oficinas desta unidade? (admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- Atividades Esportivas
- Atividades Artísticas e Culturais (musicalização, dança, teatro, entre outras)
- Musicalidade (cantar, tocar instrumentos etc.)
- Artesanato (bijuterias, pintura em tecido, bordado, crochê etc.)
- Atividades de inclusão digital
- Atividades de linguagem (produção de texto, contação de histórias, roda de conversa etc.)
- Atividades que envolvam alimentos (oficinas de culinária, hortas etc.)
- Jogos e Brincadeiras (jogos de tabuleiro etc.)
- Atividades de orientação para o mundo do trabalho
- Passeios e/ou atividades externas
- Outras atividades. Quais? \_\_\_\_\_
- Nenhuma das atividades acima

**22. O Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, ofertado nesta unidade, possui capacidade para atender quantas(os) usuárias(os) por turno? (Resposta única)**

Indique a capacidade de atendimento da unidade por turno, matutino ou vespertino. **Atenção!** A Capacidade leva em conta o número de pessoas atendidas em cada turno, portanto, se uma pessoa é atendida o dia todo pela unidade, ela deve ser contada no período matutino e no período vespertino.

Caso a capacidade de atendimento varie por turno, é necessário tirar uma média da capacidade por turno e efetuar o arredondamento da mesma.

| | usuárias(os) por turno

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

Indique dentre as opções listadas abaixo, quantos dias por semana as(os) usuárias(os) frequentam a unidade que oferta o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com deficiência, idosas e suas famílias.

- | Menos que uma vez por semana
- | um dia por semana
- | dois a três dias por semana
- | quatro a cinco dias por semana
- | mais de cinco dias por semana

**24. Em média, quantas horas por dia as(os) usuárias(os) da unidade permanecem na Unidade (nos dias em que este utiliza o serviço)? (Resposta única)**

Indique dentre as opções listadas abaixo, em média, quantas horas as(os) usuárias(os) frequentam a unidade que oferta o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com deficiência, idosas e suas famílias.

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

**25. Em relação às vagas do Serviço de PSE para pessoas com deficiência, idosas(os) e suas famílias informe se: (Resposta única)**

- | Todas as vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CREAS de referência
- | A maioria das vagas são preenchidas por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CREAS de referência
- | A minoria das vagas é preenchida por usuárias(os) encaminhadas(os) pelos CREAS de referência
- | As vagas são preenchidas de forma independente, de forma que os encaminhamentos dos CREAS de referência não são um critério de priorização

**26. Esta unidade oferece alimentação às(os) usuárias(os)? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar “Não oferta alimentação”).**

- Lanches/Café da manhã
- Almoço
- Lanche/ Café da Tarde
- Jantar
- Lanche/Café da Noite
- Não oferta alimentação

**27. Existe apoio para o deslocamento das famílias/indivíduos para a sede dessa Unidade? (admite múltiplas respostas)**

- Não fornece apoio.
- A unidade possui transporte especializado para o deslocamento das(os) usuárias(os)
- A unidade fornece ajuda de custo (passagens) para o deslocamento das(os) usuárias(os)
- O poder público fornece gratuidade no transporte público para pessoas com deficiência e idosas
- O poder público fornece passagens (vale-transporte etc.)
- O poder público fornece transporte especializado para o deslocamento das(os) usuárias(os)

Outros. Quais? \_\_\_\_\_

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

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

**29. O serviço mantém lista de espera de usuários ?**

Sim.                    Não (**pular para a questão Erro! Fonte de referência não encontrada.** )

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

Indique quantas pessoas estão neste momento na lista de espera.

\_\_\_\_\_ pessoas

#### **BLOCO 5 – PERFIL DAS(OS) USUÁRIAS(OS)**

**31. Informe o número de pessoas com deficiência e/ou dependência atendidas nesta Unidade durante o mês de agosto de 2024, conforme o quadro abaixo: (Se não houver, marcar 0)**

A questão levanta o número e a faixa etária de usuárias(os) do serviço.



No público “idosas(os)” constam na tabela duas linhas. A primeira corresponde às(as) idosas(os) com deficiência e a segunda às(as) idosas(os) dependentes, mas sem deficiência.

A última linha da tabela deve corresponder ao número de todas(as) usuários atendidos pelo serviço no mês de agosto de 2022.

<b>Número de usuárias(os) atendidas(os) no Serviço no mês de agosto de 2024</b>	<b>Quantidade</b>
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	__ __
Crianças de 7 a 14 anos, com deficiência	__ __
Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	__ __
Jovens e adultas(os) (18 a 59 anos) com deficiência	__ __
Idosas(os) de 60 anos a 79 anos com deficiência	__ __
Idosas(os) com 80 anos ou mais, com deficiência	__ __
Idosas(os) de 60 anos a 79 anos dependentes pela idade, sem deficiência	__ __
Idosas(os) com 80 anos ou mais, dependentes pela idade, sem deficiência	__ __
<b>Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de agosto de 2024</b>	__ __ __  ( ) Não Sabe

**32. Indique a quantidade de pessoas segundo o tipo de deficiência durante o mês de agosto de 2024:** (Caso o indivíduo tenha deficiência múltipla, marcar todas as deficiências. O valor de cada linha não pode ser maior que o Total de pessoas atendidas no Serviço no mês de agosto de 2022. Caso não haja pessoas com algum tipo específico de deficiência, informe o valor “0”)

<b>Número de usuárias(os) atendidas(os) no Serviço no mês de agosto de 2024</b>	<b>Quantidade</b>
Deficiência Física	__ __  ( ) Não Sabe
Deficiência Visual	__ __  ( ) Não Sabe
Deficiência Auditiva	__ __  ( ) Não Sabe
Deficiência Intelectual	__ __  ( ) Não Sabe
Deficiência Mental	__ __  ( ) Não Sabe
Autismo	__ __  ( ) Não Sabe
Microcefalia decorrente de Zika	__ __  ( ) Não Sabe

**33. Dentre as(os) usuárias(os) atendidas(os) nesta unidade no mês de agosto de 2024, informe:** (Caso não haja beneficiários do BPC entre as pessoas desta Unidade, informe o valor “zero”)

Nesta questão, deverá ser quantificado o número de pessoas idosas ou com deficiência beneficiárias do BPC que foram atendidas neste Centro Dia no mês de agosto/2024.

/\_\_|\_\_|\_\_| Quantidade de Pessoas Idosas(os) beneficiárias do BPC |\_\_| Não sabe informar

/\_\_|\_\_|\_\_| Quantidade de Pessoas com Deficiência beneficiárias do BPC |\_\_| Não sabe informar

/\_\_|\_\_|\_\_| Quantidade de pessoas que recebem pensão/aposentadoria |\_\_| Não sabe informar

/\_\_|\_\_|\_\_| Quantidade de pessoas recebem a Pensão Especial por Microcefalia |\_\_| Não sabe informar



A quantidade de pessoas idosas ou com deficiência beneficiárias do BPC não pode ser superior ao total de pessoas atendidas pelo serviço, conforme apresentado na questão anterior.

**34. Atualmente, em média, quantas usuárias(os) ficam na unidade em: (Caso não haja, informe o valor “zero”)**

Período integral  
 Meio período  
 Menos do que meio período

Não sabe informar  
 Não sabe informar  
 Não sabe informar

**35. Indique as ações de articulação deste Centro-dia com os seguintes serviços, programas ou instituições existentes no município: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar ‘Não possui articulação’ ou ‘Serviço ou Instituição não existente no município ou no DF’)**

Serviços, programas ou instituições com os quais mantém articulação	Tipo de Articulação								Não tem nenhuma articulação	Serviço ou instituição não existe nte no Município ou no DF
	Possui dados de localização (endereço, telefone, etc.)	Recebe usuárias(os) encaminhadas (os) por este Centro-Dia	Encamina usuárias(o)s para este Centro-Dia	Acopanh a os encaminhamentos	Realiza reuniões periódicas	Troca informações periódicas	Realiza estudos de caso em conjunto	Desevolve atividades em parceria		
Unidades de Acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de Educação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de Justiça/ Judiciário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizações e Entidades de Garantia e Defesa de Direitos das pessoas com Deficiência e/ou Idosas										

Unidades e Projetos de Qualificação para o mundo do trabalho									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## BLOCO 6 – GESTÃO DE PESSOAS

### 36. O(a) coordenador(a) desta Unidade: *(resposta única)*

Informe abaixo a situação do/a profissional que exerce a função de coordenação nesta Unidade. Caso não exista profissional que assuma esta função, selecionar a opção “não há coordenador nesta Unidade”.

**exerce exclusivamente a função de coordenador(a)**

Selecionar este item se o/a profissional que exerce a função de coordenação dessa Unidade assumir exclusivamente esta função no tempo integral de funcionamento da unidade.

**acumula as funções de coordenador(a) e de técnica(o) nesta Unidade**

Selecionar este item se o/a profissional que exerce a função de coordenação acumular esta função com a de técnico/a responsável pelo atendimento a famílias/indivíduos nesta Unidade.

**acumula as funções de coordenador(a) com outra atividade**

Selecionar este item se o/a profissional que exerce a função de coordenação nesta Unidade acumular esta função com outra para o desempenho de outras atividades.

**não há coordenador(a) nesta Unidade**

Selecionar este item se não existir profissional assumindo a função de coordenação nessa Unidade.

**37. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horário de cada membro da equipe desta Unidade, conforme quadros abaixo:**

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			Email	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do exercício da função DD/MM/AAAA
				Número	Órgão Emissor	UF							
1)		-  F   -   M											
2)		-  F   -   M											
3)		-  F   -   M											
4)		-  F   -   M											
5)		-  F   -   M											
6)		-  F   -   M											
7)		-  F   -   M											
8)		-  F   -   M											
9)		-  F   -   M											
10)		-  F   -   M											
11)		-  F   -   M											
12)		-  F   -   M											
13)		-  F   -   M											
14)		-  F   -   M											

15)		<input type="text"/> F <input type="text"/> I M						<input type="text"/>	<input type="text"/> L <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> L <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> L <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> L <input type="text"/> <input type="text"/>
16)		<input type="text"/> F <input type="text"/> I M						<input type="text"/>	<input type="text"/> L <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> L <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> L <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> L <input type="text"/> <input type="text"/>

\* O número de CPF é obrigatório

**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.**



Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, Sexo, Escolaridade, Profissão, Vínculo, Função e Carga Horária Semanal para cada membro da equipe, inclusive aqueles que estão em férias ou licença, indicando o número que corresponde à resposta correta para cada profissional, conforme legenda do quadro:

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

*Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, Função e Carga Horária e Serviços realizado de cada trabalhador.*

Para responder, considere as orientações abaixo:

**Escolaridade:**

Escolha o número correspondente à escolaridade de cada membro da equipe da unidade, de acordo com as opções elencadas no quadro. Para isto, considere:

- 0. Sem Escolaridade:** Inclui trabalhadores que nunca frequentaram escola ou não concluíram nenhuma série do ensino fundamental.
- 1. Ensino Fundamental Incompleto:** Inclui trabalhadores que frequentaram escola, mas não concluíram o ensino fundamental (antiga 8ª série).
- 2. Ensino Fundamental Completo:** Inclui trabalhadores que concluíram o ensino fundamental (antiga 8ª série).
- 3. Ensino Médio Incompleto:** Inclui trabalhadores que cursaram, mas não concluíram a 3ª série do Ensino Médio (ou algum outro curso técnico de nível médio)
- 4. Ensino Médio Completo:** Inclui trabalhadores que concluíram a 3ª série do Ensino Médio (ou algum outro curso técnico de nível médio)
- 5. Ensino Superior Incompleto:** Inclui trabalhadores que cursaram, mas não concluíram a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.
- 6. Ensino Superior Completo:** Inclui trabalhadores que concluíram a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.
- 7. Especialização:** Inclui trabalhadores que concluíram cursos de pós-graduação *lato sensu* em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.
- 8. Mestrado:** Inclui trabalhadores que concluíram cursos de pós-graduação *stricto sensu* (*Mestrado*) em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação com apresentação de Dissertação de conclusão de curso.
- 9. Doutorado:** Inclui trabalhadores que concluíram cursos de pós-graduação *stricto sensu* (*Doutorado*) em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação com apresentação de Tese de conclusão de curso.



**ATENÇÃO!** Indicar a escolaridade de 7 a 9 somente quando tiverem concluído a especialização, mestrado ou doutorado. Caso o profissional não tenha concluído indicar o nº 6 – ensino superior completo.

**Profissão:**

Indique a profissão da(o) trabalhador(a) vinculada(o) à unidade, considerando as opções de profissão de nível superior e nível médio, conforme a tabela abaixo:

<b>Profissões de Nível Superior</b>	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
-------------------------------------	--

As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se o(a) trabalhador(a) possuir “Ensino Superior Completo” (código 6), “Especialização” (código 7), “Mestrado” (código 8), ou Doutorado (código 9).

O profissional de nível médio deverá possuir escolaridade “Ensino Médio Completo” (código 4) ou “Ensino Superior Incompleto” (código 5)

**Tipo de Vínculo:**

Indique o vínculo do trabalhador da unidade com a Administração Pública Municipal, conforme as categorias abaixo:

1. **Comissionado:** Inclui trabalhador que possui cargo ou emprego público em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (Constituição Federal, Art. 37)
2. **Servidor Estatutário:** Inclui o trabalhador ocupante de cargo públicos provido por concurso público, nos moldes do art. 37, II, da Constituição Federal, sendo regido por um estatuto definidor de direitos e obrigações.
3. **Servidor Temporário:** Inclui servidor público que se sujeita ao regime jurídico especial da lei previsto no art.37, IX da Constituição Federal. Está sujeito ao regime geral de previdência social e só pode ser contratado temporariamente com o fim de atender à necessidade temporária de excepcional interesse público.
4. **Empregado Público (CLT):** Inclui trabalhador que, mediante concurso público, presta serviços de forma pessoal e não eventual ao Estado e às entidades da Administração Pública direta ou indireta, pelo regime celetista, mediante pagamento feito pelos Cofres Públicos.
5. **Terceirizado:** Inclui o trabalhador contratado por empresa que desempenha atividades de outra empresa (geralmente, a administração pública) de forma que não se estabeleça vínculo empregatício entre os empregados da contratada e a contratante.
6. **Empregado Celetista do Setor Privado - CLT:** Inclui trabalhador associado à empresa/cooperativa ou qualquer outra entidade prestadora de serviços.
7. **Outro vínculo não permanente:** inclui trabalhador que não possui vínculo permanente.
8. **Voluntário:** Inclui a pessoa que exerce atividades na unidade, mas não possui qualquer vínculo empregatício ou recebe pagamento pelo serviço prestado.

Em caso de dúvidas sobre o Tipo de Vínculo, consultar o setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal/Estadual de Assistência Social (ou congêneres), ou ainda, a Prefeitura Municipal/Governo do Estado.

**Função na unidade:**

**Coordenador(a):** A(O) coordenador(a) deve ser um(a) profissional de nível superior com experiência em gestão pública; domínio da legislação referente à política nacional de assistência social e direitos sociais; conhecimento dos serviços, programas, projetos e/ou benefícios socioassistenciais; experiência de coordenação de equipes, com habilidade de comunicação, de estabelecer relações e negociar conflitos; com boa capacidade de gestão, em especial para lidar com informações, planejar, monitorar e acompanhar os serviços socioassistenciais, bem como de gerenciar a rede socioassistencial local.

**Técnica(o) de nível superior:** A(O) técnica(o) de nível superior é a(o) profissional com formação em serviço social, psicologia e/ou outra profissão que compõe o SUAS; com experiência de atuação e/ou gestão em programas, projetos, serviços e/ou benefícios socioassistenciais; conhecimento da legislação referente à política nacional de assistência social; domínio sobre os direitos sociais; experiência de trabalho em grupos e atividades coletivas; experiência em trabalho interdisciplinar; conhecimento da realidade do território e boa capacidade relacional e de escuta das famílias.

**Cuidador(a):** Profissionais com habilidades pessoais de incorporação com facilidade de conhecimentos e orientações sobre o cotidiano com as(os) usuárias(os). Atuam em consonância com as diretrizes e orientações técnicas do serviço, sob a orientação da coordenação e da equipe multiprofissional e realizando atividades com as(os) usuárias(os) a partir de estratégias metodológicas de acessibilidade, considerando a deficiência e a situação de dependência das(os) usuárias(os).

**Auxiliar de cuidador(a):** Auxiliam e prestam apoio às(aos) cuidadoras(es) da unidade. Esta(e) profissional, além de apoiar as funções da(o) cuidador(a), efetua atividade de organização e limpeza do ambiente e de preparação de alimentos, dentre outras atividades.

**Orientador(a)/Educador(a) Social:** Escolaridade de nível médio completo, com experiência de atuação em programas, projetos, serviços e/ou benefícios socioassistenciais; conhecimento da PNAS; noções sobre direitos humanos e sociais; sensibilidade para as questões sociais; conhecimento da realidade do território e boa capacidade relacional e de comunicação com as famílias.

**Apoio Administrativo:** As atividades administrativas da unidade podem ser exercidas por profissionais de nível médio, conforme explicitado acima e por profissionais de nível superior.

São atividades a serem desenvolvidas por profissionais que conhecem as rotinas administrativas da unidade.

**Estagiária(o):** O estágio busca a complementação educacional em níveis superior e médio. Não é considerada pela lei uma relação jurídica de emprego.

**Serviços Gerais:** São as atividades rotineiras de limpeza, vigilância, copa, motorista, etc.

**Outra(o)s:** Outra(o)s profissionais da unidade com outras funções não classificadas nas opções anteriores.

## BLOCO 7 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Identificação da(o) agente municipal/estadual ou do Distrito Federal responsável pelas respostas declaradas no formulário

**38. Identificação da pessoa responsável pelas informações prestadas pela Unidade:**

Devem ser preenchidos os dados: nome (de forma legível), CPF, telefone e e-mail do agente municipal/estadual ou do Distrito Federal responsável pelas respostas declaradas no formulário.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Cargo/Função:**

Coordenador(a) da unidade

Técnica(o) de nível superior da unidade

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**Telefone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Identificação da(o) agente público responsável, no Órgão Gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cargo/Função:**

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

Diretor(a)/Coordenador(a)/Responsável pela área de proteção social especial no município ou estado.

Técnico(a) da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Assistência Social ou congênere

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**Telefone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**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 congêneres).**