



PREFEITURA MUNICIPAL DE ELÓI MENDES

Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Promoção Social

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

CPF: _____.____.____-____

ASSINATURA: _____

PROVA DE CONHECIMENTO TÉCNICO

1 - Durante o trabalho, o respeito à individualidade dos acolhidos significa:

- A)** Tratar todos exatamente da mesma forma, sem considerar suas necessidades.
 - B)** Respeitar diferenças, história de vida, cultura, idade e necessidades de cada pessoa.
 - C)** Permitir qualquer comportamento para evitar conflitos.
 - D)** Atender apenas quem solicita ajuda.
-

2 - Caso um acolhido relate uma situação de violência ou abuso, o Auxiliar de Cuidador deve:

- A)** Manter segredo absoluto e não informar ninguém.
 - B)** Contar o fato para outras pessoas da comunidade.
 - C)** Comunicar imediatamente a equipe técnica e seguir os protocolos da instituição.
 - D)** Resolver a situação sozinho.
-



PREFEITURA MUNICIPAL DE ELÓI MENDES

Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Promoção Social

3 - Sobre o trabalho em equipe, é correto afirmar que:

- A)** Cada profissional deve trabalhar de forma independente.
 - B)** A comunicação entre os profissionais contribui para um atendimento mais seguro e de melhor qualidade.
 - C)** Apenas o coordenador precisa conhecer a rotina dos acolhidos.
 - D)** O Auxiliar de Cuidador não participa das discussões sobre a rotina.
-

4 - O sigilo profissional é importante porque:

- A)** Protege a privacidade e a dignidade dos acolhidos.
 - B)** Permite compartilhar informações com qualquer pessoa.
 - C)** Evita que a equipe conheça os casos.
 - D)** Só deve ser respeitado quando solicitado pela família.
-

5 - Entre as atribuições do Auxiliar de Cuidador está:

- A)** Auxiliar na higiene, organização dos espaços, acompanhamento da rotina e promoção de um ambiente acolhedor.
 - B)** Elaborar laudos psicológicos.
 - C)** Realizar atendimentos jurídicos.
 - D)** Aplicar medidas socioeducativas definidas pelo Poder Judiciário.
-



PREFEITURA MUNICIPAL DE ELÓI MENDES

Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Promoção Social

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

CPF: ____-____-____-____

ASSINATURA: _____

GABARITO

	A	B	C	D
QUESTÃO 01				
QUESTÃO 02				
QUESTÃO 03				
QUESTÃO 04				
QUESTÃO 05				