

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.



## CENSO SUAS 2018

### QUESTIONÁRIO GESTÃO ESTADUAL

#### Secretarias Estaduais de Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico da GESTÃO ESTADUAL deverá ser preenchido pelas Secretarias Estaduais de Assistência Social no período de **08 de outubro a 30 de novembro**.

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. Dessa maneira, assegura-se que no momento de inserir os dados no sistema eletrônico todas as informações necessárias já tenham sido coletadas e validadas pelos responsáveis. Caso o estado tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento deverá entrar em contato com o MDS pelo Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>, pelo 0800 707 2003, ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelos estados. Para envio das informações ao MDS, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>. O MDS recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico.

#### Senha de Acesso para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2018 os responsáveis necessitarão utilizar o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, devendo possuir o perfil de acesso ao CADSUAS (cadsuas.estado). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionados, exclusivamente, pelo telefone 0800 707 2003 ou pelo chat do MDS: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/chat-bate-papo-com-gestor/>

**BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO GESTOR**

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Nome que identifica o Órgão Gestor: \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

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

DDD – Telefone: |\_\_|\_|- |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Ramal: |\_\_|\_|\_|\_|\_| Fax: |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|.

**BLOCO 2 – ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E GESTÃO DO SUAS**

1. De acordo com a estrutura administrativa do estado, a Secretaria Estadual da Assistência Social caracteriza-se como: *(resposta única)*

☐ Secretaria estadual exclusiva da área de Assistência Social *(Pule para a questão 3)*

☐ Secretaria estadual em conjunto com outras políticas setoriais

☐ Fundação Pública *(Pule para a questão 3)*

2. A que secretaria ou setor a assistência social está associada? *(admite múltiplas respostas).*

☐ Educação ☐ Planejamento ☐ Saúde ☐ Habitação ☐ Segurança Alimentar

☐ Trabalho e/ou Emprego ☐ Direitos Humanos ☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_.

3. Indique se as áreas abaixo estão constituídas como subdivisões administrativas (superintendência, departamentos, gerências, coordenações, etc.) na estrutura do órgão gestor *(resposta única por linha)*

Áreas ligadas à Gestão	Sim, na estrutura formal do órgão gestor	Sim, de maneira informal	Não constituída
Gestão do SUAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância Socioassistencial <i>(Inclusive áreas de monitoramento e avaliação)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão do Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regulação do SUAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão Financeira e Orçamentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Áreas de Serviços e Benefícios	Sim, na estrutura formal do órgão gestor	Sim, de maneira informal	Não constituída
Proteção Social Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteção Social Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão do Cadastro Único e Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão de Benefícios Assistenciais <i>(BPC, Benefícios Eventuais)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Em que ano ocorreu a última atualização da Lei Estadual de Regulamentação do Sistema Único da Assistência Social - SUAS?

|\_\_|\_|\_|\_|\_|

☐ Não possui Lei Estadual de Regulamentação do SUAS

5. Em que ano ocorreu a última atualização do Plano Estadual de Assistência Social (PEAS) com a respectiva aprovação pelo CEAS?

|\_\_|\_|\_|\_|\_|.

☐ Não possui Plano Estadual de Assistência Social

6. Em que ano ocorreu a última atualização do Plano Estadual de Capacitação?

|\_\_|\_|\_|\_|\_|

☐ Não possui Plano Estadual de Capacitação

**BLOCO 3 – SERVIÇOS E BENEFÍCIOS****7. A Secretaria Estadual de Assistência Social executa diretamente algum serviço Socioassistencial?**

<b>Proteção Social Básica: (admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não executa diretamente serviços desse nível de proteção)</b>	
Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF	<input type="checkbox"/>
Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas	<input type="checkbox"/>
Não executa diretamente Serviços de Proteção Social Básica	<input type="checkbox"/>
<b>Proteção Social Especial de Média Complexidade: (admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não executa diretamente serviços desse nível de proteção)</b>	
Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI	<input type="checkbox"/>
Serviço Especializado em Abordagem Social	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias	<input type="checkbox"/>
Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	<input type="checkbox"/>
Não executa diretamente Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade	<input type="checkbox"/>
<b>Proteção Social Especial de Alta Complexidade: (admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não executa diretamente serviços desse nível de proteção)</b>	
Serviço de Acolhimento Institucional (Abrigo Institucional; Casa-lar; Casa de Passagem)	<input type="checkbox"/>
Serviço de Acolhimento em República	<input type="checkbox"/>
Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências	<input type="checkbox"/>
Não executa diretamente Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>

**8. O estado realiza diretamente concessão de Benefícios Eventuais da assistência social?**

**Atenção!** Considere “concessão” o ato de decidir sobre o direito de acesso ao Benefício, independentemente do local da entrega. Considere apenas a concessão, e não o cofinanciamento de Benefícios Eventuais.

☐ Sim ☐ Não **(pule para a questão 11)**

**9. Caso sim, quais são os Benefícios Eventuais concedidos? (Caso não conceda Benefício Eventual em situação de calamidade ou em situação de vulnerabilidade temporária, pule esta questão. Admite múltiplas respostas)**

- ☐ Auxílio Funeral  
☐ Auxílio Natalidade  
☐ Benefício Eventual para situação de calamidade pública  
☐ Benefício Eventual de vulnerabilidade temporária.  
☐ Outros.

**10. Caso o município conceda Benefício Eventual em situação de calamidade ou Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade temporária, informe quais: (Caso não conceda Benefício Eventual em situação de calamidade ou de vulnerabilidade temporária, pule esta questão) (Admite múltiplas respostas)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Colchões/ colchonetes  | <input type="checkbox"/> Auxílio/Isenção para retirada de documentação |
| <input type="checkbox"/> Cobertores / lençóis / roupas de cama                                  | <input type="checkbox"/> Aluguel Social                                |
| <input type="checkbox"/> Vestimentas/ Roupas  | <input type="checkbox"/> Material de Construção                        |
| <input type="checkbox"/> Material de limpeza e higiene  | <input type="checkbox"/> Pagamento/ Isenção de contas de água e luz    |
| <input type="checkbox"/> Água   | <input type="checkbox"/> Auxílio gás                                   |
| <input type="checkbox"/> Auxílio relacionado à segurança alimentar (cesta básica, entre outros) | <input type="checkbox"/> Vestimentas/ Roupas                           |
| <input type="checkbox"/> Auxílio para deslocamento / passagens                                  | <input type="checkbox"/> Outros. Quais?                                |

**11. O Governo do Estado possui algum Programa PRÓPRIO de Transferência de Renda (transferência de recursos estaduais de forma constante a um público específico)?**

☐ Sim ☐ Não

**BLOCO 4 – REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

12. **Atualmente**, está em funcionamento no estado algum serviço/unidade de caráter **REGIONAL** de Proteção Social Especial de Média Complexidade?

Se o estado possui algum serviço/unidade de caráter REGIONAL, conforme a Resolução CIT nº 31/2013 que estabelece parâmetros para a regionalização da média complexidade, independente de cofinanciamento federal e/ou estadual.

☐ Sim ☐ Não (*pule para a questão 15*)

13. Caso oferte Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) de caráter **REGIONAL**, como é, atualmente, a forma de execução destas unidades? (*admite múltiplas respostas*).

Forma como se dá a oferta de serviços regionalizados de PAEFI	Quantidade de unidades
<input type="checkbox"/> Execução direta do serviço pelo governo estadual por meio de <b>CREAS Regional (Modelo I)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Repasse de recursos do estado para <b>CREAS municipal regionalizado (Modelo II)</b> ( <i>Se marcar essa opção, responda à próxima questão</i> ).	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

14. Indique as ações de apoio técnico e monitoramento desenvolvidas pelo Estado com os CREAS municipais de caráter regional (Modelo II) (*admite múltiplas respostas. Responder essa questão apenas se o Estado ofertar PAEFI de caráter regional por meio do Modelo II/CREAS Municipal*)

- ☐ Realiza orientação técnica à distância (por telefone ou e-mail)  
☐ Realiza orientação técnica presencial (visitas técnicas)  
☐ Realiza capacitação das equipes de referência  
☐ Estabelece fluxos e protocolos entre os serviços e a rede intersetorial  
☐ Estabelece fluxos e protocolos entre os serviços e o Sistema de Justiça  
☐ Estabelece fluxos e protocolos entre os serviços e Sistema de Garantia de Direitos  
☐ Acompanha e monitora a aplicação dos recursos transferidos  
☐ Monitora a composição das equipes técnicas, de acordo com a NOB-RH/SUAS  
☐ Orienta sobre o preenchimento, a utilização e a atualização de sistemas de informações do SUAS (RMA, CadSUAS, Censo SUAS)  
☐ Outras. Quais? \_\_\_\_\_

15. **Atualmente**, está em funcionamento no estado algum serviço/unidade de caráter **REGIONAL** de Proteção Social Especial de Alta Complexidade?

Se o estado possui algum serviço/unidade de caráter REGIONAL, conforme a Resolução CIT nº 31/2013 e Resolução nº 2/2014 que estabelece parâmetros para a regionalização da média e alta complexidade, independente de cofinanciamento federal e/ou estadual.

☐ Sim ☐ Não (*pule para a questão 18*)

16. Quais serviços de Alta Complexidade de caráter **REGIONAL** são ofertados no Estado? (*admite múltiplas respostas*).

- ☐ Unidades de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes (*responda a questão 17*)  
☐ Unidades de Acolhimento Institucional para idosos(os)  
☐ Unidades de Acolhimento Institucional para pessoas em situação de rua  
☐ Unidades de Acolhimento Institucional para pessoas com deficiência  
☐ Unidades de Acolhimento Institucional para mulheres vítimas de violência  
☐ Unidades de Acolhimento em República para jovens (maiores de 18 anos)  
☐ Unidades de Acolhimento em República para adultas(os) em processo de saída das ruas  
☐ Unidades de Acolhimento em República para idosos(os)  
☐ Família Acolhedora para crianças e adolescentes (*responda a questão 17*)

17. Caso oferte Unidades de Acolhimento para crianças e adolescentes e/ou jovens de caráter REGIONAL, como é, atualmente, a forma de execução destas unidades?

Forma como se dá a oferta de serviços regionalizados de Acolhimento para crianças e adolescentes e/ou jovens	Quantidade de unidades
<input type="checkbox"/> Execução direta do serviço pelo governo estadual	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Repasse direto do estado para entidade da rede privada	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Repasse de recursos do estado para os municípios-sede	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Consórcio Público	<input type="text"/>

## BLOCO 5 – APOIO TÉCNICO AOS MUNICÍPIOS E AOS CONSELHOS

18. O planejamento de apoio técnico aos municípios foi pactuado na CIB?

☐ Sim ☐ Não *(pule par a questão 20)*

19. O apoio técnico do Estado aos municípios inclui: *(admite múltiplas respostas)*

- ☐ Produção e distribuição de material técnico  
☐ Elaboração, pelo Estado, de normativas e instruções operacionais para orientação dos municípios  
☐ Capacitações presenciais (cursos, oficinas, entre outros)  
☐ Capacitações à distância  
☐ Assessoramento técnico de forma presencial no município (visita/reunião técnica ao órgão gestor ou as unidades)  
☐ Assessoramento técnico à distância (telefone, e-mail)  
☐ Comunicação via redes sociais  
☐ Outras formas. Especifique: \_\_\_\_\_.

20. Existe plano de providência e/ou plano de apoio técnico vigente no Estado no momento?

☐ Sim ☐ Não

21. Quantos municípios compõem o plano de providência e/ou de apoio técnico do Estado? *(Não permite número maior que o número de municípios do Estado)*

municípios

22. Quantos municípios do estado receberam visitas técnicas da Secretaria Estadual de Assistência Social no ano de 2017? *Caso não possua, insira "0" (zero). Não permite número maior que o número de municípios do Estado.*

municípios

23. No ano de 2017, as(os) trabalhadoras(es) da Assistência Social do estado ou dos municípios tiveram acesso a cursos de capacitação? *Caso marque "Não" pule as demais questões da linha.*

Participação em Cursos de Capacitação pelas(os) trabalhadoras(es) da assistência social	Participou?		Qual o número aproximado de trabalhadoras(es) capacitadas(os)	Ente(s) federado(s) que promoveu(ram) os cursos	
	Sim	Não		Gestão Estadual	Gestão Federal
Capacitação <u>presencial</u> para as(os) <u>trabalhadoras(es) estaduais</u> da assistência social.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Capacitação <u>à distância</u> para as(os) <u>trabalhadoras(es) estaduais</u> da assistência social.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Capacitação <u>presencial</u> para as(os) <u>trabalhadoras(es) municipais</u> da assistência social.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Capacitação <u>à distância</u> para as(os) <u>trabalhadoras(es) municipais</u> da assistência social.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

24. No ano de 2017 o estado realizou/promoveu cursos de capacitação para as(os) conselheiras(os) estaduais ou municipais da assistência social? **Caso marque "Não" pule as demais questões da linha.**

Realização de Cursos de Capacitação para Conselheiras(os)	Participou?	Qual o número de conselheiras(os) capacitadas(os)
Capacitação <u>presencial</u> para as(os) conselheiras(os) estaduais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
Capacitação <u>à distância</u> para as(os) conselheiras(os) estaduais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
Capacitação <u>presencial</u> para as(os) conselheiras(os) municipais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
Capacitação <u>à distância</u> para as(os) conselheiras(os) municipais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>

#### BLOCO 6 – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB)

25. Indique qual a composição da CIB de acordo com a representação do porte dos municípios e representação estadual: **Caso não possua, insira "0" (zero).**

Representação Estadual e de acordo com o Porte dos Municípios	Representação	
	Quantidade de Titulares	Quantidade de Suplentes
Representantes da Gestão Estadual	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Representantes de Municípios de Pequeno Porte I	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Representantes de Municípios de Pequeno Porte II	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Representantes de Municípios de Médio Porte	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Representantes de Municípios de Grande Porte	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Representantes de Metrópoles/capitais	<input type="text"/>	<input type="text"/>

26. Existe algum critério de representação regional na CIB?

☐ Sim ☐ Não **(pule para a questão 28)**

27. Se sim, há rotatividade na representação por região do Estado?

☐ Sim ☐ Não

28. Os gestores municipais foram indicados pelo Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social (COEGEMAS ou similar)?

☐ Sim ☐ Não

29. A CIB pactuou o calendário de reuniões ordinárias anual?

☐ Sim ☐ Não

30. Com qual periodicidade a CIB se reuniu no ano de 2017? **(resposta única).**

☐ Mensalmente ☐ Semestralmente  
☐ Bimestralmente ☐ Anualmente  
☐ Trimestralmente ☐ Não houve reunião no ano de referência **(pule para a questão 33)**  
☐ Quadrimestralmente

31. Quantas reuniões a CIB realizou no ano de 2017? .

32. Quantas reuniões descentralizadas a CIB realizou no ano de 2017? .

**BLOCO 7 – GESTÃO DO TRABALHO**

**33. Os servidores do órgão gestor de assistência social possuem Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)?**

- ☐ Sim, para a totalidade dos servidores  
☐ Sim, para a maioria dos servidores  
☐ Sim, para a metade dos servidores  
☐ Sim, para a minoria dos servidores  
☐ Não *(pule para a questão 36)*

**34. O plano de Cargos, Carreiras e Salários dos servidores do órgão gestor da assistência social (PCCS) pertence a qual órgão do estado? *(admita múltiplas respostas)***

- ☐ Do próprio órgão gestor da Assistência Social  
☐ Centralizado no governo  
☐ Do órgão responsável pelo planejamento  
☐ De outro órgão. Qual? \_\_\_\_\_

**35. Qual o ano da última atualização deste PCCS?** |\_\_|\_|\_|\_|\_|.

**36. No ano de 2017, o Estado realizou concurso público para contratação de trabalhadoras(es) (nível superior ou médio) para a Secretaria Estadual de Assistência Social? *Caso marque “Não” pule as demais questões da linha.***

Nível de Escolaridade	Realizou Concurso?	Quantidade de Vagas	O concurso já foi homologado?	Data da Homologação do Concurso	Quantidade de trabalhadoras(es) que tomaram posse
Nível Superior	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ / _ _ _ /2017	_ _ _ _
Nível Médio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ / _ _ _ /2017	_ _ _ _

**37. Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função, carga horária e área de atuação de cada profissional que atua no Órgão Gestor de Assistência Social:**

**Atenção! Para responder a questão 37 considere as instruções abaixo:**

As Secretarias Estaduais que são responsáveis pela gestão de outras políticas públicas, além da Política de Assistência Social, devem computar da seguinte maneira a quantidade de trabalhadores:

- Trabalhadores que exercem exclusivamente funções/atividades ligadas à Assistência Social, mais;
- Trabalhadores cujas funções/atividades estão ligadas tanto à assistência social como a outras políticas geridas pela Secretaria (Por exemplo: trabalhadores de áreas administrativas, financeiras ou contábeis que dão apoio ao conjunto de atividades das diversas políticas geridas pela Secretaria).
- NÃO DEVEM SER COMPUTADOS os trabalhadores que exercem funções/atividades ligadas exclusivamente a outras políticas públicas geridas pela Secretaria.
- NÃO DEVEM SER COMPUTADOS os trabalhadores que exercem suas atividades exclusivamente em unidades de prestação de serviços (CREAS, por exemplo)

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AA AA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Cargo	Carga horária SEMANAL	Início do Mandato (DD/MM/AAAA)	Área de atuação		
				Número	Órgão Emissor	UF								Principal área de atuação	Segunda principal área de atuação	Terceira principal área de atuação
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* O número de CPF é obrigatório



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

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Cargo	Carga Horária	Área de atuação
0 – Sem Escolaridade ( <i>pular “área de atuação”</i> ) 1 – Ensino Fundamental Incompleto ( <i>pular “área de atuação”</i> ) 2 – Ensino Fundamental Completo ( <i>pular “área de atuação”</i> ) 3 – Ensino Médio Incompleto ( <i>pular “área de atuação”</i> ) 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 (CLT) 5 – Terceirizado 6 – Outro vínculo não permanente 7- Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços 8 – Voluntário 9 – Sem vínculo	1 – Apoio Administrativo 2 – Coordenador(a)/Dirigente 3 – Educador(a) Social 4 – Estagiária(o) 5 – Outros 6 – Secretária(o) 7 – Secretária(os) de Assistência Social 8 – Secretário Executivo 9 – Serviços Gerais 10 – Técnica(o) de Nível Médio 11 – Técnica(o) de Nível Superior	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	<b>Atenção! Informe a área de atuação apenas para as (os) profissionais que possuem escolaridade de nível médio completo ou superior.</b>  1 – Atividades de gestão (administrativo) 2 – Gestão do SUAS 3 – Vigilância Socioassistencial 4 – Gestão do Trabalho 5 – Regulação do SUAS 6 – Gestão Financeira e Orçamentária 7 – Proteção Social Básica 8 – Proteção Social Especial de Média Complexidade 9 – Proteção Social Especial de Alta Complexidade 10 - Gestão do Cadastro Único e Programa Bolsa Família 11 - Gestão de Benefícios Assistenciais ( <i>BPC, Benefícios Eventuais</i> ) 12 – Outros.

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

## BLOCO 8 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

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

Nome Legível: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Identificação da(o) representante da Vigilância Socioassistencial:

☐ Não há representante da Vigilância designado no estado *(finalizar o questionário)*

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

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

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

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