

CENSO SUAS 2020

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Manual de preenchimento do questionário FUNDO ESTADUAL

Fundo Estadual de Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

19 de outubro a 04 de dezembro

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 2020 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@cidadania.gov.br
- ✓ Pelo telefone: 121
- ✓ Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>
- ✓ Ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133

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

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](#).

O questionário eletrônico do Fundo Estadual deverá ser preenchido pelos estados no período de **19 de outubro a 04 de dezembro de 2020**.

Os questionários devem sempre ser preenchidos em papel antes do preenchimento no sistema eletrônico. 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.

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 recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico. O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelo município pelo prazo de 5 (cinco) anos.

Atenção!

A senha de acesso para o preenchimento do questionário eletrônico deve ter perfil de usuário **cadsuas.estado**



Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2020 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). Para que o acesso ao questionário eletrônico seja liberado, é necessário que o responsável pelo preenchimento tenha perfil de acesso ao CADSUAS (**cadsuas.estado**).

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

Problemas relativos à senha de acesso são solucionados exclusivamente pelo telefone:

121

ou pelo chat do MC: <http://chat.mdsvector.site/chat-mds/index.php>

Caso o município tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento, ele deverá entrar em contato com a respectiva Secretaria Estadual ou, se necessário, contatar a SEDS por meio do e-mail vigilanciasocial@cidadania.gov.br ou pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133.

Recomenda-se o uso do navegador Mozilla Firefox
para o preenchimento e o envio do questionário
eletrônico.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

O Bloco I – Identificação do Fundo Estadual no Censo SUAS 2020 será extraído das informações já preenchidas nas abas 'Identificação' e 'Endereço' do Sistema de Cadastro do SUAS (CADSUAS).



Atenção!


Os dados de identificação do Fundo Estadual serão exibidos na página inicial do Censo, extraídos diretamente do CadSUAS.

Caso haja qualquer alteração de endereço, e-mail ou composição de RH, atualize no CADSUAS.

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZE ESTES DADOS NO CADSUAS

Nome que identifica o Fundo Estadual:

O nome que identifica o Fundo Estadual é a denominação atribuída ao Fundo Estadual de Assistência Social a fim de melhor identificá-lo. Ex. Fundo Estadual de Assistência Social.


 Por favor, evite usar abreviações.

Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc): [\(Selecionar o tipo\)](#)

Informar a identificação do endereço ex. rua, avenida, praça, quadra, etc. onde se situa o Fundo Estadual de Assistência Social, ou congênere.

Endereço: _____ **Número:** _____

Informar o nome da rua, avenida, praça, quadra, etc. e em seguida o número do local onde se situa o Fundo Estadual de Assistência Social, ou congênere.

 Por favor, evite usar abreviações.

Complemento: _____

O complemento se refere a alguma informação adicional relativa ao endereço, que seja importante informar para melhor localização.

 Por favor, evite usar abreviações.

Atenção! Caso não possua nenhuma informação adicional, deixar o item em branco.

Ponto de Referência: (Caixa com campo texto)

Ponto de referência é um ponto conhecido/estratégico (ex: igreja, comércio, praça, etc) que pode facilitar encontrar o endereço mais facilmente. Ex. Fundo situado na Praça da Igreja da Matriz.

CEP: _____._____-____

Informe o Código de Endereçamento Postal do Fundo Estadual de Assistência Social, no seguinte formato nn.nnn-nnn (70.788-090, por exemplo).

Município: (preenchimento automático)

Informe o município no qual está situado o Fundo Estadual de Assistência Social, ou congênere.

UF: (preenchimento automático)

Selecione a unidade da federação na qual se situa o Fundo Estadual de Assistência Social, ou congênere.

E-mail: _____

Informe o endereço eletrônico do Fundo Estadual de Assistência Social. Se o Fundo não possuir um endereço eletrônico, informe o e-mail 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 do Fundo Estadual, no seguinte formato: DDD com 02 (dois) dígitos e número do telefone. Por exemplo: (61) 3433-4444 ramal 238. Caso o Fundo Estadual de Assistência não tenha telefone, informe o da Prefeitura Municipal.

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

Informe o número do FAX do Fundo Estadual.

BLOCO 2 – GESTÃO ORÇAMENTÁRIA

1. Este Fundo é uma unidade orçamentária? *(Para responder, considere a situação no momento do preenchimento) (Caso seja necessário atualize estes dados no CADSUAS):*

A NOB SUAS define os fundos de assistência social como instrumentos de gestão orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, nos quais devem ser alocadas as receitas e executadas as despesas relativas ao conjunto de ações, serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social.

Indique no campo abaixo se este Fundo Estadual é uma unidade orçamentária.

☐ Sim

☐ Não

2. O(a) ordenador(a) de despesas do FEAS é? *(Resposta única)*

Para responder este item considere as definições abaixo.



Ordenador de despesa é todo e qualquer agente público de cujos atos resultarem emissão de empenho, autorização de pagamento ou dispêndio de recursos do Estado.

É pessoa investida legalmente de competência para assumir obrigações em nome de ente da Federação.

A ordenação de despesa poderá ser objeto de delegação de competência mediante ato específico. (art. 21, § 2º, LRF).

Informe quem é o ordenador de despesas na esfera estadual

☐ O(a) Governador(a)

☐ O(a) Secretário(a) Estadual de Assistência Social.

☐ Outro(a) Funcionário(a) da Secretaria de Assistência Social.

☐ Secretário(a) ou técnico(a) de outra área.

3. No exercício de 2019, os recursos PRÓPRIOS ESTADUAIS que foram aplicados na Assistência Social foram alocados na unidade Orçamentária do Fundo Estadual de Assistência Social? *(Resposta única):*

O financiamento da Assistência Social é compartilhado entre os entes federados, processo chamado de cofinanciamento. Embora não exista percentual mínimo para o cofinanciamento da política de assistência social, o parágrafo único, do art. 30, da [Lei Orgânica da Assistência Social](#) estabelece a necessidade da comprovação orçamentária dos recursos próprios alocados no respectivo Fundo, como condição legal para o recebimento dos repasses dos recursos federais aos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Ao determinar a constituição dos Fundos de Assistência Social como Unidade Orçamentária, a [NOB SUAS](#) objetivou propiciar aos conselhos e à sociedade, condições de verificar e comprovar a execução dos recursos financeiros destinados à política de assistência social. Entretanto, sabe-se que a gestão municipal por vezes reserva recursos próprios para a política de assistência social, sem, no entanto, alocá-los registrá-los na unidade orçamentária do Fundo Municipal da Assistência Social - FMAS.

☐ Sim, a totalidade dos recursos próprios é alocada no FEAS.

Assinale esta opção todos os recursos próprios do estado são registrados no FEAS. (100% dos recursos estaduais alocados no FEAS)

☐ Sim, a maior parte dos recursos próprios é alocada no FEAS.

Assinale esta opção se mais da metade dos recursos próprios do estado são registrados no FEAS. (50% ou mais dos recursos estaduais alocados no FEAS)

☐ Sim, a menor parte dos recursos próprios é alocada no FEAS.

Assinale esta opção se menos da metade dos recursos próprios do estado são registrados no FEAS. (menos de 50% dos recursos estaduais alocados no FEAS)

☐ **Não, os recursos próprios do município não são alocados no FEAS.**

Assinale esta opção se nenhum dos recursos próprios do estado são registrados no FEAS. (0% dos recursos estaduais alocados no FEAS)

4. O órgão gestor estadual fez em 2019 transferência de recursos por convênio/termo de parceria para Organizações da Sociedade Civil ou Entidades de Assistência Social no estado? (Resposta única):

Informe a origem dos recursos transferidos pelo Órgão gestor estadual por convenio ou por termo de parceria para as Organizações da Sociedade Civil ou Entidade da Assistência Social no estado.

☐ **Não (pule para a questão 6)**

☐ **Sim, com recursos do Fundo Estadual de Assistência Social (FEAS)**

☐ **Sim, com recursos de outras fontes**

☐ **Sim, com recursos do FEAS e de outras fontes**

5. Quantas entidades receberam em 2019 recurso do órgão gestor estadual por convênio/termo de parceria por bloco? (Se não tiver, marcar 0. Caso a entidade receba recursos referentes a mais de um bloco de cofinanciamento, contabilizá-la em todas as opções a que o caso se adequar)

Contabilizar apenas as entidades ou Organizações da Sociedade Civil (OSC) que recebem recurso diretamente do órgão estadual. Não é cofinanciamento.

entidades que prestam serviços de Proteção Social Básica.

Informe o número de entidades ou Organizações da Sociedade Civil (OSC) que recebem recurso, por meio de convênio, com a Secretaria Estadual para prestação de serviços de proteção social básica.

entidades que prestam serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade.

Informe o número de entidades ou Organização da Sociedade Civil que recebem recurso, por meio de convênio, com a Secretaria Estadual para prestação de serviços de proteção social especial de média complexidade.

entidades que prestam serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

Informe o número de entidades que recebem recurso, por meio de convênio, com a Secretaria Estadual para prestação de serviços de proteção social especial de alta complexidade.

outras

Caso a entidade ou organização da Sociedade Civil (OSC) preste Serviços de mais de uma proteção, inclua no campo Outros. Caso a entidade ou organização da Sociedade Civil execute programas, projetos, concessão ou distribuição de Benefícios Eventuais, marque o campo outros. Não marque neste campo, entidades ou organizações da sociedade civil (OSC) para atividades que não são inerentes a Assistência Social

Total de entidades

Somatório automático das entidades ou Organizações da Sociedade Civil.

6. Em 2019, onde foram realizados os procedimentos licitatórios da assistência social no estado? (Resposta única.) (se marcar Outros especifique quais.)

☐ **Centralizados em apenas uma secretaria do estado (Ex: Secretaria de administração, economia etc.)**

Responda esta opção se os procedimentos licitatórios da assistência estiverem centralizados em uma única secretaria, desde que não seja a secretaria de assistência social.

☐ **Exclusivamente pela Secretaria Estadual de Assistência Social**

Responda esta opção se os procedimentos licitatórios da assistência forem realizados exclusivamente pela secretaria de assistência social do município.

☐ **Em mais de uma secretaria estadual, incluindo a da Assistência Social**

Responda esta opção se os procedimentos licitatórios da assistência forem realizados em mais de uma secretaria, incluindo a da assistência social.

☐ **Outros. Especifique quais envolvidos.**_____.

Responda esta opção se os procedimentos licitatórios da assistência forem realizados em outros órgãos e especifique quais.

7. Qual setor em 2019 foi responsável pelo pagamento de pessoal da assistência social? (Resposta única. Caso responda a última opção especifique qual setor responsável)

Informe o setor responsável pelo pagamento de pessoal da assistência social do estado .

☐ **Centralizados em apenas uma secretaria do estado (Ex: Secretaria de administração, economia, prefeitura etc.)**

Responda esta opção se o pagamento de pessoal da assistência social do estado estiver centralizado em uma única secretaria, desde que não seja a secretaria de assistência social.

☐ **Exclusivamente pela Secretaria de Assistência Social**

Responda esta opção se o pagamento de pessoal da assistência social do estado for realizado exclusivamente pela secretaria de assistência social do município.

☐ **Por mais de uma secretaria incluindo a da Assistência Social**

Responda esta opção se o pagamento de pessoal da assistência social do estado for realizado em mais de uma secretaria, incluindo a da assistência social.

☐ **Outros. Especifique quais envolvidos.**_____.

Responda esta opção se o pagamento de pessoal da assistência social do estado for realizado em outros órgão e especifique quais.

8. Em 2019 o Estado possuía conta bancária própria, específica para o gerenciamento do recurso estadual para a assistência social? (Resposta única.)

☐ **sim, dentro do fundo**

Se possuir conta própria, informe se ela está localizada dentro do fundo .

☐ **sim, fora do fundo**

Se possuir conta própria, informe se ela está localizada fora do fundo.

☐ **Não possui**

Se não possuir conta bancária próprio, marque “não possui”

BLOCO 3 – COFINANCIAMENTO ESTADUAL

9. O estado realizou em 2019 algum cofinanciamento aos municípios? (Resposta única)

Existem duas modalidades de transferência de recursos públicos entre os entes federados: a “convênial” (transferências voluntárias) e a “fundo a fundo” (transferências legais, regular e automática).

Modalidade fundo a fundo: Trata-se de recursos estaduais repassados automaticamente do fundo estadual aos fundos municipais, independentemente de celebração de convênio, ajuste, acordo ou contrato, e serão aplicados segundo as prioridades estabelecidas nos planos de assistência social aprovados pelos respectivos Conselhos.

Modalidade convênio: Trata-se de recursos repassados aos municípios por acordo ou ajuste que discipline a transferência de recursos financeiros de dotações consignadas nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União e tenha como partícipe, de um lado, órgão ou entidade da administração pública federal, direta ou indireta, e, de outro lado, órgão ou entidade da administração pública estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, ou ainda, entidades privadas sem fins lucrativos, visando à execução de programa de governo, envolvendo a realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação.

Indique se o Fundo Estadual cofinancia os Municípios e a modalidade em que ocorre essa transferência.

- ☐ Sim, apenas fundo-a-fundo
☐ Sim, apenas por convênio *(pule para a questão 13).*
☐ Sim, por ambos
☐ Não *(pule para a questão 17).*

10. Existe Decreto ou Lei estadual que regulamenta o repasse fundo-a-fundo aos municípios?

Um fundo público para ser constituído, necessariamente, precisa de uma autorização legal, decreto ou lei estadual, conforme estabelece o inciso IX, do Art. 167 da [Constituição Federal](#).

A pergunta quer identificar se existe alguma regulamentação legal, decreto ou lei estadual, orientando o repasse de recursos para os fundos municipais da assistência social.

- ☐ Sim ☐ Não

11. Em 2019, como foi organizado o cofinanciamento fundo-a-fundo para os serviços socioassistenciais? *(Resposta única)*

Se o Fundo Estadual de Assistência Social ou congêneres realiza transferência de recursos a municípios, informe se o cofinanciamento é efetuado especificamente por serviço socioassistencial, por tipo de Proteção ou se é comum a todos os serviços.

Considere apenas o repasse na forma “fundo-a-fundo” (transferências legais, de forma regular e automática).

- ☐ O cofinanciamento é realizado por serviço socioassistencial (PAIF, PAEFI, entre outros)
☐ O cofinanciamento é realizado por nível de proteção (Proteção Social Básica/Proteção Social Especial)
Assim como realizado pelo Fundo Nacional
☐ O cofinanciamento é comum a todos os serviços socioassistenciais
☐ Outra organização. Qual? _____



Informe qual a outra de organização do cofinanciamento fundo-a-fundo para os serviços socioassistenciais.

12. Em 2019, com que frequência foi feito o repasse fundo-a-fundo do estado para o município? *(Resposta Única)*

Identifique qual das opções de temporalidade mais se aproxima da realidade do prazo utilizado para ocorrer o repasse fundo-a-fundo. Admite-se apenas uma única resposta.

☐ **Mensalmente**

Marque essa opção se o repasse fundo-a-fundo do Fundo Estadual para o município acontece 1(uma) vez a cada mês.

☐ **Bimestralmente**

Marque essa opção se o repasse fundo-a-fundo do Fundo Estadual para o município acontece 1(uma) vez a cada dois meses.

☐ **Trimestralmente**

Marque essa opção se o repasse fundo-a-fundo do Fundo Estadual para o município acontece 1(uma) vez a cada três meses.

☐ **Semestralmente**

Marque essa opção se o repasse fundo-a-fundo do Fundo Estadual para o município acontece 1(uma) vez a cada seis meses.

☐ **Anualmente**

Marque essa opção se o repasse fundo-a-fundo do Fundo Estadual para o município acontece 1(uma) vez a cada ano.

☐ **Não houve frequência regular**

Marque essa opção se o repasse fundo-a-fundo do Fundo Estadual para o município não possui frequência regular.

13. Em 2019, o cofinanciamento realizado (fundo-a-fundo e convênio) foi destinado a: (Admite múltiplas respostas)

Atenção! Caso o município receba um único valor para cofinanciar todos - ou vários - serviços socioassistenciais, ou receba recurso que não se encaixem nos pisos sugeridos a seguir, marque apenas a opção “Outros” e descreva a situação.

Se Fundo Estadual de Assistência Social ou congênere realiza transferência de recursos a municípios, informe a que nível de Proteção Social se destina esta transferência, considerando o repasse tanto na forma “convenial” (transferências voluntárias por meio de convênios), como na forma “fundo-a-fundo” (transferências legais, regular e automática).

Considere serviços socioassistenciais aqueles descritos na [Resolução CNAS nº 109/2009 - Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais](#).

☐ **Serviço de Proteção Social Básica**

Marque essa opção se o Fundo Estadual cofinancia serviços de Proteção Social Básica.

Conforme a [Lei orgânica de Assistência Social - LOAS](#), em seu artigo 6ºA, Inciso I, alterado pela [Lei 12.435/2011](#), a Proteção Social Básica é o “conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários”.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº 109/2009), a Proteção Social Básica é composta pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); pelo Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.

☐ **Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade**

Marque essa opção se o Fundo Estadual cofinancia serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade

Conforme a [Lei orgânica de Assistência Social - LOAS](#), em seu artigo 6ºA, Inciso II, alterado pela [Lei 12.435/2011](#), a Proteção Social Especial é o “conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos”. De acordo com a [Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais \(Resolução CNAS n.º 109/2009\)](#), a Proteção Social Especial de Média Complexidade é composta pelos seguintes serviços:

Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

☐ **Serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade**

Marque essa opção se o Fundo Estadual cofinancia serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade

De acordo com a [Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais \(Resolução CNAS n.º 109/2009\)](#), a **Proteção Social Especial de Alta Complexidade** é composta pelos seguintes serviços:

Serviço de Acolhimento Institucional; Serviço de Acolhimento em República; Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

☐ **Benefícios Eventuais**

Marque essa opção se o Fundo Estadual cofinancia a oferta de Benefícios Eventuais

O [Decreto n.º 6.307/2007](#) dispõe que “benefícios eventuais são provisões suplementares e provisórias, prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública”.

☐ **Incentivo financeiro para Gestão do SUAS**

Marque essa opção caso o Fundo Estadual realize transferência de recursos a municípios com o objetivo de aprimorar a Gestão do SUAS.

☐ **Outros.Qual?** _____

Marque essa opção se o Fundo Estadual cofinancia outros serviços e informe quais.

14. O cofinanciamento realizado (fundo-a-fundo e convênio) permite pagamento de pessoal (recursos humanos)?

Marque a opção “sim” se o cofinanciamento permite pagamento de pessoal e “não” no caso dessa possibilidade não ser permitida.

☐ **Sim** ☐ **Não**

15. Especifique as características do cofinanciamento destinado aos Serviços Socioassistenciais: *Caso não possua, insira “0” (zero).*

Identifique inicialmente a **quantidade de municípios** com financiamento estadual na primeira coluna, sendo ele realizado por meio de convênio e/ou transferência fundo a fundo. Destes, escreva na segunda coluna a quantidade de municípios que recebam o cofinanciamento estadual fundo-a-fundo e, na terceira coluna, apresente a quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual por convênio.

Serviços	TOTAL DE MUNICÍPIOS COM COFINANCIAMENTO ESTADUAL (convênio e/ou fundo-a-fundo)*	Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual FUNDO-A-FUNDO	Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual por meio de CONVÊNIO
Total de Municípios cofinanciados	_ _ _	_ _ _	_ _ _
a) Cofinanciamento para Proteção Social Básica.	_ _ _	_ _ _	_ _ _
b) Cofinanciamento para Proteção Social Especial de Média Complexidade.	_ _ _	_ _ _	_ _ _
c) Cofinanciamento para Proteção Social Especial de Alta Complexidade.	_ _ _	_ _ _	_ _ _

**O total não pode ser maior que o número de municípios do Estado.*

As respostas serão numéricas e todos os campos deverão ser preenchidos. Caso não haja o que informar, preencha com “0” (zero). Indique o quantitativo de municípios cofinanciados pelo Fundo Estadual da Assistência Social, conforme a modalidade de repasse dos recursos.

Atenção!



Um mesmo município pode, simultaneamente, receber recursos nas modalidades fundo-a-fundo e por convênio. Por isso, as quantidades totais não precisam ser necessariamente o resultado da adição da “Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual fundo-a-fundo” **MAIS** a “Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual por meio de convênio”. Ou seja, na quantidade total o município deverá ser contado UMA ÚNICA VEZ.



O Total de Municípios cofinanciados não poderá ser maior que a quantidade de municípios que existem no Estado.

16. Especifique as características do cofinanciamento destinado aos Benefícios Eventuais em 2019: *Caso não possua, insira "0" (zero).*

Indique a quantidade de municípios e a modalidades do cofinanciamento dos benefícios eventuais.

Benefícios Eventuais	Quantidade total de municípios com cofinanciamento estadual (fundo-a-fundo e/ou convênio).*	Quantidade de municípios com cofinanciamento estadual fundo-a-fundo	Quantidade de municípios que possuem cofinanciamento estadual por meio de convênio
Total de Municípios cofinanciados	_ _ _	_ _ _	_ _ _

**O total não pode ser maior que o número de municípios do Estado.*



O Total de Municípios cofinanciados não poderá ser maior que a quantidade de municípios que existem no Estado.

17. O estado regulamentou o cofinanciamento dos benefícios eventuais para os municípios? (admita múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção).

Considerando que os estados são responsáveis pelo cofinanciamento dos Benefícios Eventuais junto aos municípios, informe se houve regulamentação deste cofinanciamento.

O benefício deve ser oferecido nas seguintes situações:

- **Nascimento:** para atender as necessidades do bebê que vai nascer; apoiar a mãe nos casos em que o bebê nasce morto ou morre logo após o nascimento; e apoiar a família em caso de morte da mãe.

- **Morte:** para atender as necessidades urgentes da família após a morte de um de seus provedores ou membros; atender as despesas de urna funerária, velório e sepultamento, desde que não haja no município outro benefício que garanta o atendimento a estas despesas.

- **Vulnerabilidade Temporária:** para o enfrentamento de situações de riscos, perdas e danos à integridade da pessoa e/ou de sua família e outras situações sociais que comprometam a sobrevivência.

- **Calamidade Pública:** para garantir os meios necessários à sobrevivência da família e do indivíduo, com o objetivo de assegurar a dignidade e a reconstrução da autonomia das pessoas e famílias atingidas.

☐ Não

☐ Sim, benefício eventual por situação de nascimento

☐ Sim, benefício eventual por situação de morte

☐ Sim, benefício eventual por situação de vulnerabilidade temporária

☐ Sim, benefício eventual por situação de calamidade (inclui desastres e emergências)

18. A CIB pactuou cofinanciamento estadual para benefícios eventuais? (admita múltiplas respostas).

Considerando que a CIB de cada estado constitui o espaço adequado para debater e pactuar acerca dos critérios de partilha para cofinanciamento estadual, observando a realidade de cada município e região, informe se foi pactuado cofinanciamento estadual para benefícios eventuais.

☐ Sim, para benefício eventual por nascimento

☐ Sim, para benefício eventual por morte

☐ Sim, para benefício eventual por situação de vulnerabilidade temporária

☐ Sim, para benefício eventual em situação de calamidade

☐ Sim, específico para benefício eventual em situação de calamidade devido à pandemia de COVID-19.

☐ Não pactuou

19. No ano de 2019 o estado construiu ou financiou a construção e/ou reforma de unidades municipais da Assistência Social (CRAS/CREAS/etc.)? (Resposta Única).

Indique se o estado construiu ou financiou a construção e/ou reforma de unidades municipais da Assistência Social (CRAS/CREAS/etc.)? .

☐ Sim, houve construção e/ou reforma direta pelo estado de unidades da assistência social nos municípios.

☐ Sim, houve repasse de recursos aos municípios para construção e/ou reforma de unidades da assistência social.

☐ Não.

20. Indique quem participa do planejamento de utilização dos recursos do IGD-PBF: (Admite múltiplas respostas).

Como o Bolsa Família é um programa intersetorial, o planejamento precisa ser feito com a participação das áreas de Educação, Saúde e Assistência Social. É de extrema importância que as decisões sejam tomadas em conjunto para que sejam identificadas, com clareza, as prioridades da gestão do PBF e do Cadastro Único. Assim informe quem participa do planejamento de utilização dos recursos do IGD_PBF.

- ☐ Gestor (Órgão Gestor) Estadual de Assistência Social
- ☐ Coordenador Estadual do PBF e do Cadastro Único
- ☐ Coordenador Estadual do PBF na Secretaria de Saúde
- ☐ Coordenador Estadual do PBF na Secretaria de Educação
- ☐ Presidente ou representante do Conselho Estadual de Assistência Social
- ☐ Gestor do Fundo Estadual de Assistência Social
- ☐ Outros. Quais? _____

21. Indique as principais dificuldades na execução dos recursos do IGD-PBF no ano passado: (Admite múltiplas respostas).

Informe, das opções abaixo, quais as principais dificuldades encontradas na execução dos recursos do IGD_PBF.

- ☐ Dificuldades junto à área responsável pelo orçamento (o recurso não foi programado no orçamento do município; a área de orçamento prioriza outras áreas da prefeitura, etc.)
- ☐ Área responsável pelo orçamento desconhece as regras para execução dos recursos do IGD-PBF
- ☐ Dificuldades de realização de licitações pela área responsável por esse procedimento
- ☐ Dificuldades de obter consenso entre as áreas destinatárias dos recursos
- ☐ O município está acumulando recursos para comprar um produto ou contratar um serviço com custo maior que o valor recebido anualmente
- ☐ A área jurídica do município emitiu parecer contrário nos processos de compras de produtos
- ☐ A área jurídica do município emitiu parecer contrário na contratação de serviços
- ☐ O planejamento foi inadequado
- ☐ Não se aplica, pois os recursos do IGD-PBF foram totalmente executados

22. Os recursos do IGD-PBF são direcionados prioritariamente: (Admite múltiplas respostas).

Informe onde os recursos do IGD_PBF são direcionados prioritariamente. Caso marque Outros, por favor indicar quais.

- ☐ Ações integradas entre Saúde, Educação e Assistência Social no âmbito do PBF e do Cadastro Único (busca ativa, campanhas informativas, eventos e encontros, acompanhamento familiar etc.)
- ☐ Estruturação ou manutenção de CRAS e/ou outras unidades que operam o Cadastro Único e participam da gestão do PBF
- ☐ Aquisição ou manutenção de veículos pela Secretaria de Assistência Social na gestão do PBF e do Cadastro Único
- ☐ Internet e equipamentos de Tecnologia de Informática e telecomunicação
- ☐ Apoio a equipes volantes, forças-tarefa, trabalhos remotos
- ☐ Materiais de comunicação com as famílias (impressão de cartazes ou panfletos informativos, produção de spots para rádios ou de vídeos informativos)
- ☐ Materiais para capacitação da equipe de Gestão do PBF e Cadastro Único
- ☐ Contrato de pessoal temporário para Gestão do PBF e Cadastro Único
- ☐ Outros. Quais: _____


23. Qual o percentual, aproximadamente, seu município destina dos recursos do IGD-PBF para o Conselho Estadual de Assistência Social: (Resposta única).

Informe, dentro das categorias abaixo, qual o percentual seu município destina dos recursos do IGD_PBF para o Conselho Estadual de Assistência Social (CEAS).

- ☐ Apenas 3%.
- ☐ de 3% a 5%.
- ☐ de 5% a 10%.
- ☐ Mais de 10%
- ☐ Não sei.
- ☐ O município não destina recursos do IGD-PBF para o Conselho Estadual de Assistência Social.

BLOCO 5 – GESTÃO DE RECURSOS

24. Especifique os recursos financeiros e despesas do Estado na área de Assistência Social segundo os Blocos de Financiamento no ano de 2019, informando o valor total de recursos próprios aplicados, o valor total das despesas pagas realizadas com recursos próprios estaduais e o valor total repassado aos municípios (Fundo a Fundo e Convênios).

 Para essa questão deve-se considerar despesas do Fundo e do Órgão Gestor, incluindo somente as que são relacionadas aos serviços, programas, projetos, incentivo financeiro para Gestão do SUAS e benefícios socioassistenciais.

Valor alocado referente aos recursos próprios do estado – Informe o valor dos recursos próprios do estado que foi alocado no Fundo Estadual de Assistência Social, excluindo os valores de repasses e transferências a municípios.

Valor da despesa realizada com recursos próprios do estado – Informe o valor da despesa paga na área da Assistência Social realizada com recursos próprios.

 Considerar despesas efetivamente pagas no quadro de despesa.

Atenção!

1. Caso o município receba um único valor para cofinanciar todos - ou vários - serviços socioassistenciais, ou receba recurso que não se encaixem nos pisos sugeridos a seguir, marque apenas a opção “Outros”.
2. O VALOR DAS TRANSFERÊNCIAS REALIZADAS PELO GOVERNO FEDERAL NÃO DEVE SER INFORMADO.
3. Considerar os recursos efetivamente alocados durante o ano de 2019 para a política de assistência social, independentemente de estar ou não na unidade orçamentária do Fundo ou do Órgão Gestor, incluso os recursos reprogramados ou inscritos em restos a pagar oriundos do ano de 2018.
4. Considerar despesas pagas do Fundo e do Órgão Gestor, incluindo somente as que são relacionadas aos serviços, programas, projetos, Incentivo financeiro para Gestão do SUAS e benefícios socioassistenciais.
5. Considerar despesas efetivamente pagas em 2019, no quadro de despesa, excluindo, portanto, os inscritos em restos a pagar para 2020 e incluindo, portanto, os restos a pagar oriundos de 2018 e pagos em 2019.
6. Considere o valor total das despesas na assistência social, incluindo despesas com folha de pagamento de pessoal e com benefícios (como, por exemplo, benefícios socioassistenciais, como programas próprios de transferência de renda ou benefícios eventuais).
7. Responda a última opção “não sabe informar” apenas se o município não tiver acesso aos dados financeiros.

	Recursos:	Despesas:	Cofinanciamento:
	Valor alocado referente aos recursos próprios do Estado	Valor da despesa realizada com recursos próprios do Estado	Valor total repassado aos municípios
Proteção Social <u>Básica</u>	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar
Proteção Social <u>Especial</u>	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar
Benefícios	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar
Gestão	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar
Programas	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar
Outros	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar
Total	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar	R\$ Não sabe informar

BLOCO 6 – RECURSOS HUMANOS

25. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária a qual a(o) profissional está vinculada(o) de cada membro da equipe desta Unidade, conforme quadros abaixo:

Atenção! Entende-se **equipe do Fundo de Assistência Social** como o conjunto de pessoas designadas (mesmo que seja apenas uma) para trabalhar no setor administrativo (seja chamado de coordenação, coordenação-geral, diretoria, departamento, seção, divisão ou outra nomenclatura análoga) responsável pela gestão do Fundo. Neste quadro devem ser identificados os profissionais que atuam diretamente com atividades ligadas ao Fundo Estadual de Assistência Social, podendo ser exclusivos ou não. Os profissionais do FEAS devem ser cadastrados na aba de Órgão Gestor e de Fundo no CADSUAS, simultaneamente.

☐ Não há equipe do Fundo de Assistência Social no Estado

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

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Fundo de Assistência Social	Carga Horária
0. Sem Escolaridade 1. Ensino Fundamental Incompleto 2. Ensino Fundamental Completo 3. Ensino Médio Incompleto 4. Ensino Médio Completo 5. Ensino Superior Incompleto 6. Ensino Superior Completo 7. Especialização 8. Mestrado 9. Doutorado	1 – Assistente Social 2 – Psicólogo(a) 3 – Pedagogo(a) 4 – Advogado(a) 5 – Administrador(a) 6 – Antropólogo(a) 7 – Sociólogo(a) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista político(a) 10 – Nutricionista 11 – Médico(a) 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 14 – Economista 15 – Economista Doméstico 16 – Enfermeiro(a) 17 – Analista de Sistema 18 – Programador(a) 19 – Outro(a) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional 22 – Contador	1 – Comissionado 2 – Empregado Público Celetista (CLT) 3 – Outro vínculo não permanente 4 – Servidor Temporário 5 – Servidor/Estatutário 6 – Terceirizado 7 – Trabalhador de Empresa/Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços 8 – Voluntário 9 – Sem vínculo	1– Apoio Administrativo 2 – Coordenador(a) 3 – Educador(a) Social 4 – Estagiário(a) 5 – Gestor(a) 6 – Ordenador(a) de Despesas 5 – Serviços Gerais <i>(limpeza, conservação, motoristas, etc)</i> 6 – Técnico(a) de nível Médio 7 – Técnico(a) de nível superior 8 – Outros	1. Até 10 horas semanais 2. De 11 a 20 horas semanais 3. De 21 a 30 horas semanais 4. De 31 a 40 horas semanais 5. De 41 a 44 horas semanais 6. Mais de 44 horas semanais

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, Função e Carga Horária de cada trabalhador(a).

Escolaridade:



Atenção! Observe as orientações abaixo para confirmar a correção dos dados preenchidos no quadro da questão 16:

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

- 0. Sem Escolaridade:** Inclui trabalhadoras(es) que nunca frequentaram escola ou não concluíram nenhuma série do ensino fundamental.
- 1. Ensino Fundamental Incompleto:** Inclui trabalhadoras(es) que frequentaram escola, mas não concluíram o ensino fundamental (antiga 8ª série).
- 2. Ensino Fundamental Completo:** Inclui trabalhadoras(es) que concluíram o ensino fundamental (antiga 8ª série).
- 3. Ensino Médio Incompleto:** Inclui trabalhadoras(es) que cursaram, mas não concluíram a 3ª série do Ensino Médio (ou algum outro curso técnico de nível médio)
- 4. Ensino Médio Completo:** Inclui trabalhadoras(es) que concluíram a 3ª série do Ensino Médio (ou algum outro curso técnico de nível médio)
- 5. Ensino Superior Incompleto:** Inclui trabalhadoras(es) que cursaram, mas não concluíram a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.
- 6. Ensino Superior Completo:** Inclui trabalhadoras(es) que concluíram a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.
- 7. Especialização:** Inclui trabalhadoras(es) que concluíram cursos de pós-graduação *lato sensu* em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.
- 8. Mestrado:** Inclui trabalhadoras(es) 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 trabalhadoras(es) 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 do(a) trabalhador(a) vinculado(a) ao CRAS, considerando as opções de profissão de nível superior e nível médio, conforme a tabela abaixo:

Profissões de Nível Superior	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

**Atenção!**

As profissões de nível superior só deverão ser indicadas se o trabalhador 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(a) trabalhador(a) do FEAS com a Administração Pública Municipal, conforme as categorias abaixo:

1. Comissionado: Inclui trabalhador(a) que possui cargo ou emprego público em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (Constituição Federal, Art. 37).

2. Empregado Público (CLT): Inclui trabalhador(a) 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.

3. Outro vínculo não permanente: inclui trabalhador(a) que não possui vínculo permanente.

4. Servidor Temporário: Inclui servidor(a) 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.

5. Servidor/Estatutário: Inclui o trabalhador(a) 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.

6. Terceirizado: Inclui o trabalhador(a) contratado(a) 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.

7. Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços: Inclui trabalhador(a) associado(a) à empresa/cooperativa ou qualquer outra entidade prestadora de serviços.

8. Voluntário: Inclui a pessoa que exerce atividades no FEAS, mas não possui qualquer vínculo empregatício ou recebe pagamento pelo serviço prestado.

9. Sem vínculo:



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

Função no Fundo Estadual de Assistência Social

Função no Fundo Estadual de Assistência Social

- 1 – Apoio Administrativo
- 2 – Coordenador(a)
- 3 – Educador(a) Social
- 4 – Estagiário(a)
- 5 – Gestor(a)
- 6 – Ordenador(a) de Despesas
- 5 – Serviços Gerais (*limpeza, conservação, motoristas, etc*)
- 6 – Técnico(a) de nível Médio
- 7 – Técnico(a) de nível superior
- 8 – Outros

A **Função no Fundo de Assistência Social** diz respeito à função exercida pela(o) profissional que compõe a equipe de referência definida na NOB-RH.

Apoio Administrativo: As atividades administrativas do Fundo 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 do Fundo.

Coordenador(a): O(a) coordenador(a) do Fundo deve ser um(a) profissional de nível superior com experiência em gestão pública; domínio da legislação referente à Política Nacional de Assistência Social e a 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.

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.

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

Ordenador(a) de Despesas: **TODO O FUNDO DEVE TER A MARCAÇÃO DE QUEM É O ORDENADOR DE DESPESA DO RESPECTIVO FUNDO.**



Ordenador de despesa é todo e qualquer agente público de cujos atos resultarem emissão de empenho, autorização de pagamento ou dispêndio de recursos do Estado.
É pessoa investida legalmente de competência para assumir obrigações em nome de ente da Federação. A ordenação de despesa poderá ser objeto de delegação de competência mediante ato específico. (art. 21, § 2º, LRF).

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

Técnico(a) de nível superior: O(a) técnico(a) de nível superior do FEAS é o(a) profissional que concluiu a graduação em instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação.

Técnico(a) de nível médio O(a) técnico(a) de nível médio do FEAS é o(a) profissional que não concluiu a graduação

Outros: Marque essa opção quando a função exercida pelo profissional do FEAS não se enquadra nos itens anteriores.

CPF e Carga Horária Semanal:

O preenchimento do campo “CPF” e do campo “carga horária semanal de trabalho” também **são obrigatórios para todas(os) as(os) profissionais** que trabalham no CRAS.

BLOCO 6 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

É preciso informar o nome legível da(o) agente responsável pelas informações declaradas no formulário, seu CPF, telefone, e-mail, cargo ou função. Caso não seja o(a) **Secretário(a) Estadual de Assistência Social** a preencher o questionário, a pessoa que o preencher deverá ser por ela(e) designada.



É imprescindível que a(o) responsável pelo preenchimento informe a data do preenchimento do formulário.

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

Nome: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____

Cargo/Função: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

Segundo a NOB/SUAS 2012, a Vigilância Socioassistencial é co-responsável pelas informações informadas no Censo SUAS. O contato pode vir a ser acionado após o Censo SUAS para responder as demandas da Vigilância Socioassistencial, por isso a importância das informações solicitadas.

Independentemente de o município possuir área/setor/coordenação de Vigilância Socioassistencial ou não, o gestor pode indicar um funcionário que ficará responsável na secretaria para ser o representante, o que implicará estar em contato e responder as demandas relacionadas à Vigilância.



Caso a Vigilância tenha e-mail institucional, favor informá-lo.

Identificação do(a) representante da Fundo Estadual de Assistência Social:

☐ Não há representante do Fundo designado no Estado **(finalizar o questionário)**

Nome: _____

CPF: _____

Cargo/Função: _____

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

Assinatura: _____

Este formulário original, após a digitação dos dados, deve permanecer arquivado na Secretaria Estadual de Assistência Social (ou congênere) por 5 (cinco) anos