

# CENSO SUAS 2020

Secretaria Nacional de Assistência Social

## 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 novembro 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>
- ✓ Email: [vigilanciasocial@cidadania.gov.br](mailto: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.



**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)**

- Centralizados em apenas uma secretaria do estado (Ex: Secretaria de administração, economia etc.)
- Exclusivamente pela Secretaria Estadual de Assistência Social
- Por mais de uma secretaria incluindo a da Assistência Social
- Outros. Especifique quais envolvidos.\_\_\_\_\_.

**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
- sim, fora do fundo
- Não possui

### BLOCO 3 – COFINANCIAMENTO ESTADUAL

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

- Sim, apenas fundo-a-fundo.
- Sim, apenas por convênio (**pule para a questão 13**).
- Sim, por ambos
- Não (**pule para a questão Erro! Fonte de referência não encontrada.**).

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

- Sim
- Não

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

- O cofinanciamento foi realizado por serviço socioassistencial (PAIF, PAEFI, entre outros)
- O cofinanciamento foi realizado por nível de proteção (Proteção Social Básica/Proteção Social Especial)
- O cofinanciamento foi comum a todos os serviços socioassistenciais
- Outra organização. Qual? \_\_\_\_\_

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mensalmente     | <input type="checkbox"/> Semestralmente               |
| <input type="checkbox"/> Bimestralmente  | <input type="checkbox"/> Anualmente                   |
| <input type="checkbox"/> Trimestralmente | <input type="checkbox"/> Não houve 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.

- Serviço de Proteção Social Básica
- Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade
- Serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade
- Benefícios Eventuais
- Incentivo financeiro para Gestão do SUAS
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

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

- Sim
- Não

**15. Especifique as características do cofinanciamento destinado aos Serviços Socioassistenciais em 2019: Caso não possua, insira “0” (zero).**

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
<b>Total de Municípios cofinanciados</b>	_____	_____	_____
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.

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

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
<b>Total de Municípios cofinanciados</b>	_____	_____	_____

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

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

- 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? (admite múltiplas respostas)**

- 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)**

- 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

## BLOCO 4 – ÍNDICE DE GESTÃO DESCENTRALIZADA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA – IGD-PBF

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

- Gestor (Orgão 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*)

- 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 ou  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*)

- 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 estado destina dos recursos do IGD-PBF para o Conselho Estadual de Assistência Social:

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

## **BLOCO 5 – GESTÃO DE RECURSOS**

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

- 1. IMPORTANTE: O VALOR DAS TRANSFERÊNCIAS REALIZADAS PELO GOVERNO FEDERAL NÃO DEVE SER INFORMADO.**
  2. 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.
  3. 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.
  4. 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.
  5. 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).
  6. Responda a última opção “não sabe informar” apenas se o estado não tiver acesso aos dados financeiros.

	<b>Recursos:</b>	<b>Despesas:</b>	<b>Cofinanciamento:</b>
	Valor alocado referente aos <u>recursos próprios</u> do Estado	Valor da despesa realizada com recursos próprios do Estado	Valor total repassado aos municípios
<b>Proteção Social <u>Básica</u></b>	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar
<b>Proteção Social <u>Especial</u></b>	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar
<b>Benefícios</b>	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar
<b>Gestão</b>	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar
<b>Programas</b>	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar
<b>Outros</b>	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar
<b>Total</b>	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ Não sabe informar	R\$ <input type="text"/>    __ 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 do Fundo, 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 <b>SEMANAL</b>	Início do Mandato 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										

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

<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>Função no Fundo de Assistência Social</b>	<b>Carga Horária</b>
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).

## BLOCO 6 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

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

**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 congêneres).**