

CENSO SUAS 2021

Secretaria Nacional de Assistência Social

Questionário Fundo Municipal

Fundo Municipal de Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

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 2021 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.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS**

Nome: _____

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 – 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)*

☐ Sim ☐ Não

2. O(a) ordenador(a) de despesa do FMAS é? *(Considere o ano de 2020 para responder-Resposta única)*

- ☐ O(a) Prefeito(a)
☐ O(a) Secretário(a) Municipal de Assistência Social
☐ Outro(a) Funcionário(a) da Secretaria de Assistência Social
☐ Secretário(a) ou técnico(a) de outra área

3. Os recursos PRÓPRIOS DO MUNICÍPIO de 2020 que foram aplicados na Assistência Social são alocados na unidade Orçamentária do Fundo Municipal de Assistência Social? *(Resposta única)*

- ☐ Sim, a totalidade dos recursos próprios é alocada no FMAS
☐ Sim, a maior parte dos recursos próprios é alocada no FMAS
☐ Sim, a menor parte dos recursos próprios é alocada no FMAS
☐ Não, os recursos próprios do município não são alocados no FMAS

4. O órgão gestor municipal fez, em 2020, transferência de recursos por convênio/termo de parceria para Organizações da Sociedade Civil ou Entidades de Assistência Social no município? *(Resposta única)*

- ☐ Não *(pule para a questão 6)*
☐ Sim, com recursos do Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS)
☐ Sim, com recursos de outras fontes
☐ Sim, com recursos do FMAS e de outras fontes

5. Quantas entidades receberam, em 2020, recurso do órgão gestor municipal 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)*

- |_|_|_|_| Entidades que prestam serviços de Proteção Social Básica
|_|_|_|_| Entidades que prestam serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade
|_|_|_|_| Entidades que prestam serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade
|_|_|_|_| Outras
|_|_|_|_| Total de entidades *(Soma dos quantitativos acima)*

6. Em 2020 o município recebeu recursos estaduais para o cofinanciamento da Assistência Social?

(Resposta única por linha)

Atenção! Caso o município tenha recebido um único valor para cofinanciar todos ou vários serviços socioassistenciais, ou caso tenha recebido recurso que não se encaixe nos pisos sugeridos a seguir, marque apenas a opção "Outros" e descreva a situação.

☐ Não recebeu recursos estaduais para o cofinanciamento da Assistência Social **(Pule para a questão Erro! Fonte de referência não encontrada.)**

	Sim, fundo-a-fundo	Sim, via convênio	Sim, por convênio e fundo-a-fundo	Não recebe
Proteção Social Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteção Social Especial de Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteção Social Especial de Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benefícios Eventuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivo à Gestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Caso o município tenha recebido em 2020 recursos ESTADUAIS, informe se estes recursos são alocados na Unidade Orçamentária do Fundo Municipal de Assistência Social? (Resposta única)

- ☐ A totalidade dos recursos ESTADUAIS é alocada no FMAS.
☐ A maior parte dos recursos ESTADUAIS é alocada no FMAS.
☐ A menor parte dos recursos ESTADUAIS é alocada no FMAS.
☐ Os recursos ESTADUAIS não são alocados no FMAS.

8. O recurso para financiamento municipal dos Benefícios Eventuais foi previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano de 2020?

☐ Sim ☐ Não

9. O recurso para financiamento municipal dos Benefícios Eventuais foi alocado no FMAS?

☐ Sim ☐ Não. Então, onde foi alocado? _____

10. O município, em 2020, possuía conta bancária própria específica para o gerenciamento dos recursos municipais e estaduais para a assistência social? (Resposta única por linha)

	Sim, dentro do fundo	Sim, fora do fundo	Não possui
Municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estadual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Aponte as principais dificuldades na execução dos recursos do IGD-PBF no ano passado: (admita 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.)
☐ Desconhecimento das regras para execução dos recursos do IGD-PBF
☐ Dificuldades de realização de licitações
☐ 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

12. Os recursos do IGD-PBF são direcionados prioritariamente a: (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
☐ Nenhuma das alternativas
☐ Outros: _____

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

- ☐ 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 3 – GESTÃO DE RECURSOS

Atenção!

1. Caso o município receba um único valor para cofinanciar todos - ou vários - serviços socioassistenciais, ou receba recurso que não se encaixe 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 2020 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 2019.
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 2020, no quadro de despesa, excluindo, portanto, os inscritos em restos a pagar para 2021 e incluindo, portanto, os restos a pagar oriundos de 2019 e pagos em 2020.
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.

14. Especifique os recursos financeiros e despesas do município na área de Assistência Social segundo blocos os Blocos de Financiamento no ano de 2020, informando o valor total de recursos próprios aplicados, o valor total recebido do governo estadual (Fundo a Fundo e Convênios), o valor total das despesas pagas com recursos próprios municipais e o valor total das despesas pagas com os recursos repassados pelo estado. *(Caso não possua, informar "0")*

[illegible]

BLOCO 4 – RECURSOS HUMANOS

15. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função, carga horária a qual o(a) profissional está vinculada(o) como 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 Municipal de Assistência Social, podendo ser exclusivos ou não. Os profissionais do FMAS devem ser cadastrados na aba de Órgão Gestor e de Fundo no CADSUAS, simultaneamente.

☐ Não há equipe do Fundo de Assistência Social no município *(pule para o bloco 5)*

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AAAA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			Escolaridade	Profissão	Vínculo	Função	Carga horária SEMANAL	Início do Mandato DD/MM/AAAA
				Número	Órgão Emissor	UF						
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 – Assistente Social	1 – Comissionado	1– Apoio	1 - Até 10 horas
1. Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicólogo (a)	2 – Empregado Público Celetista (CLT)	Administrativo	semanais
2. Ensino Fundamental Completo	3 – Pedagogo (a)	3 – Outro vínculo não permanente	2 – Coordenador(a)	2 - De 11 a 20 horas
3. Ensino Médio Incompleto	4 – Advogado (a)	4 – Servidor Temporário	3 – Educador(a) Social	semanais
4. Ensino Médio Completo	5 – Administrador (a)	5 – Servidor/Estatutário	4 – Estagiário(a)	3 - De 21 a 30 horas
5. Ensino Superior Incompleto	6 – Antropólogo (a)	6 – Terceirizado	5 – Gestor(a)	semanais
6. Ensino Superior Completo	7 – Sociólogo (a)	7 – Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços	6 – Ordenador(a) de Despesas	4 - De 31 a 40 horas
7. Especialização	8 – Fisioterapeuta	8 – Voluntário	7 – Serviços Gerais (<i>limpeza, conservação, motoristas etc.</i>)	semanais
8. Mestrado	9 – Cientista político(a)	9 – Sem vínculo	8 – Técnico(a) de nível Médio	5 - De 41 a 44 horas
9. Doutorado	10 – Nutricionista		9 – Técnico(a) de nível superior	semanais
	11 – Médico(a)		10 – Outros	6 - Mais de 44 horas
	12 – Musicoterapeuta			semanais
	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			

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

BLOCO 5 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

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

Nome: _____

CPF: _____ **Data de preenchimento:** ____ / ____ /2020

Cargo/Função: _____

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

Assinatura: _____

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

☐ Não há representante da Fundo designado no município *(finalizar o questionário)*

Nome: _____

CPF: _____

Cargo/Função: _____

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

Assinatura: _____

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