

# 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](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.



**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: (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.)  
 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”**)

	<b>Recursos:</b>	<b>Despesas pagas:</b>	
	Valor alocado referente aos <u>recursos próprios alocados na unidade orçamentaria do Fundo Municipal de Assistência Social</u>	Valor recebido do governo estadual (Fundo a Fundo e Convênios)	Valor da despesa realizada com recursos próprios do município
<b>Proteção Social Básica</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 Especial</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 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)		__  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					__	__	__	__	__	

**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 semanais
1. Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicólogo (a) 3 – Pedagogo (a) 4 – Advogado (a)	2 – Empregado Público Celetista (CLT) 3 – Outro vínculo não permanente	Administrativo 2 – Coordenador(a) 3 – Educador(a) Social	2 - De 11 a 20 horas semanais
2. Ensino Fundamental Completo	5 – Administrador (a) 6 – Antropólogo (a) 7 – Sociólogo (a)	4 – Servidor Temporário 5 – Servidor/Estatutário	4 – Estagiário(a) 5 – Gestor(a)	3 - De 21 a 30 horas semanais
3. Ensino Médio Incompleto	8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista político(a)	6 – Terceirizado 7 – Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços	6 – Ordenador(a) de Despesas 7 – Serviços Gerais	4 - De 31 a 40 horas semanais
4. Ensino Médio Completo	10 – Nutricionista 11 – Médico(a)	8 – Voluntário	<b>(limpeza, conservação, motoristas etc.)</b>	5 - De 41 a 44 horas semanais
5. Ensino Superior Incompleto	12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional	9 – Sem vínculo	8 – Técnico(a) de nível Médio	6 - Mais de 44 horas semanais
6. Ensino Superior Completo	14 – Economista 15 – Economista Doméstico		9 – Técnico(a) de nível superior	
7. Especialização	16 – Enfermeiro (a)		10 – Outros	
8. Mestrado	17 – Analista de sistema			
9. Doutorado	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 congêneres).**