



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL - MDS



CENSO SUAS 2018

FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

MANUAL DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

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.

**RECOMENDA-SE A LEITURA PRÉVIA DESTE MANUAL PARA O
CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

Brasília, 2018.

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 de Assistência Social deverá ser preenchido pelos municípios no período de **08 de outubro a 30 de novembro de 2018**.

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>.

O MDS 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.municipio**



Para preencher o questionário eletrônico do CENSO SUAS 2018, os responsáveis devem utilizar o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS. Para que o acesso ao questionário eletrônico seja liberado, é necessário que o responsável pelo preenchimento tenha perfil de acesso ao CADSUAS (**cadsuas.município**).

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

0800 707 2003

ou pelo chat do MDS: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/chat-bate-papo-com-gestor/>.

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 o MDS por meio do e-mail vigilanciasocial@mds.gov.br ou pelos telefones 61 2030-3133/ 3236/ 3118/ 3131/ 3132, ou ainda pelo 0800 707 2003.

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 de Assistência Social no Censo SUAS 2018 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 de Assistência Social 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 Municipal:

O nome que identifica o Fundo de Assistência Social é a denominação atribuída ao Fundo Municipal a fim de melhor identificá-lo. Ex. Fundo Municipal 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 Municipal 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 Municipal 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 Municipal situada na Praça da Igreja da Matriz.

CEP: _____._____-____

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

Município: (preenchimento automático)

Informe o município no qual está situada o Fundo Municipal de Assistência Social, ou congênere.

UF: (preenchimento automático)

Selecione a unidade da federação na qual se situa a Secretaria Municipal de Assistência Social, ou congênere.

E-mail: _____

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

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

Informe o número do FAX do Fundo Municipal.

BLOCO 2 – GESTÃO ORÇAMENTÁRIA

1. Este Fundo é uma unidade orçamentária? *(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 FMAS 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 municipal

☐ 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 que são aplicados na Assistência Social são alocados na unidade Orçamentária do Fundo Municipal de Assistência Social?

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, aloca-los registrá-los na unidade orçamentária do Fundo Municipal da Assistência Social - FMAS.

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

Assinale esta opção todos os recursos próprios são alocados no FMAS.

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

Assinale esta opção se mais da metade dos recursos próprios são alocados no FMAS.

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

Assinale esta opção se menos da metade dos recursos próprios são alocados no FMAS.

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

Assinale esta opção se nenhum dos recursos próprios são alocados no FMAS.

4. O órgão gestor municipal faz transferência de recursos por convênio/termo de parceria para Organizações da Sociedade Civil ou Entidades da Assistência Social no município? (resposta única)

☐ Não (pule para a questão 5)

☐ 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 recebem recurso do órgão gestor municipal por convênio/termo de parceria por bloco? (Se não tiver, marcar 0)

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.

outros

Total de entidades

6. Atualmente o município recebe recursos estaduais para o cofinanciamento da Assistência Social? (resposta única por linha)

Existem duas modalidades de transferência de recursos públicos entre os entes federados: via **convênio** ou “convenial” (transferências voluntárias) e via “**fundo-a-fundo**” (transferências legais, regular e automática).

A transferência fundo-a-fundo ocorre quando os recursos federais são repassados automaticamente para o fundo estadual, do Distrito Federal ou municipal, 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. **Pode ocorrer também o repasse dos Estados aos Municípios.**

A transferência via **convênio** é fruto de acordo ou ajuste que disciplina a transferência de recursos financeiros de dotações consignadas nos orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União e tem 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. Essas transferências via convênio visam a 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 Estado cofinancia a Assistência Social do município e a modalidade em que esta transferência se dá. Caso o Município não receba recursos do Estado, marque a opção “**Não recebe**”.

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.

	Sim, fundo-a-fundo.	Sim, via convênio.	Sim, por convênio e fundo-a-fundo.	Não recebe.
Proteção Social Básica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteção Social Especial de Média Complexidade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

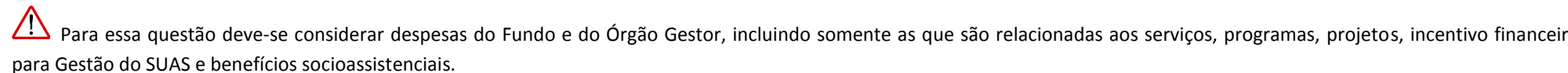
Proteção Social Especial de Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benefícios Eventuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivo à Gestão	<input type="checkbox"/>	<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 receba recursos ESTADUAIS, informe se estes recursos são alocados na unidade Orçamentária do Fundo Municipal de Assistência Social *(Caso marque “Não” para todas as alternativas da questão 6, pule esta pergunta – pula para a questão 8)*

- ☐ 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.

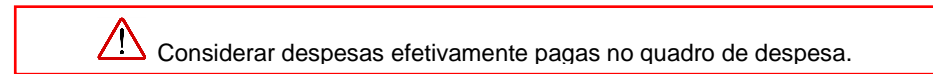
BLOCO 3 – GESTÃO DE RECURSOS

8. Especifique os recursos financeiros e despesas do município na área de Assistência Social segundo os Blocos de Financiamento no ano de 2017, 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 recebidos do estado.



Valor alocado referente aos recursos próprios do município – 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 município – Informe o valor da despesa paga na área da Assistência Social realizada com recursos próprios.



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 financeiros efetivamente alocados durante o ano de 2017 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 2016.
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 2017, no quadro de despesa, excluindo, portanto, os inscritos em restos a pagar para 2018 e incluindo, portanto, os restos a pagar oriundos de 2016 e pagos em 2017.
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).

[illegible]

BLOCO 4 – RECURSOS HUMANOS

9. Indique o nome, data de nascimento, sexo, CPF, RG, escolaridade, profissão, vínculo, função e carga horária a qual o(a) profissional está vinculado(a) como membro da equipe do Fundo, conforme quadro abaixo:

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. **Atenção!** 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

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

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).

BLOCO 5 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

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



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

Identificação da(o) agente responsável, no Fundo Municipal de Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:

Nome: _____

CPF: _____ Data: ____ / ____ / ____

Cargo/Função: _____

Telefone: (____) _____

Email: _____

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 da(o) representante da Vigilância Socioassistencial:

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

Nome: _____

CPF: _____

Cargo/Função: _____

Telefone: (____) _____

Email: _____

Assinatura: _____

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