

CENSO SUAS 2021

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>.

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>
- ✓ Email: 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? **(Caso seja necessário atualize estes dados no CADSUAS)**

☐ Sim ☐ Não

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

- ☐ 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 2020, os recursos PRÓPRIOS ESTADUAIS que foram aplicados na Assistência Social foram alocados na unidade Orçamentária do Fundo Estadual de Assistência Social? **(Resposta única)**

- ☐ Sim, a totalidade dos recursos próprios foi alocada no FEAS.
- ☐ Sim, a maior parte dos recursos próprios foi alocada no FEAS.
- ☐ Sim, a menor parte dos recursos próprios foi alocada no FEAS.
- ☐ Não, os recursos próprios do estado não são alocados no FEAS.

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

- ☐ 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 2020 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)**

- |__|__|__| 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

6. Em 2020, onde foram realizados procedimentos licitatórios da assistência social no estado? **(Resposta única.)**

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

7. Qual setor em 2020 foi responsável pelo pagamento de pessoal da assistência social? **(Resposta única. Caso responda a última opção especifique qual setor responsável)**

- ☐ O pagamento foi centralizado 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 2020 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 2020 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 20 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 2020, 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 2020, 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 2020, 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 encaixe 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 2020: **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
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.**

16. Especifique as características do cofinanciamento destinado aos Benefícios Eventuais em 2020: **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
Total de Municípios cofinanciados	_ _ _	_ _ _	_ _ _

***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 2020 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

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

- ☐ 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)

- ☐ 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, que 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 2020, 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 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.
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 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.
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.

	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 Básica	R\$ _ Não sabe informar	R\$ _ Não sabe informar	R\$ _ Não sabe informar
Proteção Social Especial	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 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 SEMANAL	Início do Mandato 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"/>	
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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"/>	
12)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<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).

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 congênere).