****

**CENSO SUAS 2022**

### 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 2022 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.**

**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

1. **O(a) ordenador(a) de despesa do FMAS é? *(Considere o ano de 2021 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

1. **Os recursos PRÓPRIOS DO MUNICÍPIO de 2021 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

1. **O órgão gestor municipal fez, em 2021, 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

1. **Quantas entidades receberam, em 2021, 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)***

1. **Em 2021 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 | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| |
| Proteção Social Especial de Média Complexidade | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| |
| Proteção Social Especial de Alta Complexidade | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| |
| Benefícios Eventuais | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| |
| Incentivo à Gestão | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| |
| Outros. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| |

1. **Caso o município tenha recebido em 2021 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.

1. **O recurso para financiamento municipal dos Benefícios Eventuais foi previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano de 2021?**

|\_\_| Sim |\_\_| Não

1. **O recurso para financiamento municipal dos Benefícios Eventuais foi alocado no FMAS?**|\_\_| Sim |\_\_| Não. Então, onde foi alocado?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **O município, em 2021, 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** | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| |
| **Estadual** | |\_\_| | |\_\_| | |\_\_| |

1. **Aponte as principais dificuldades na execução dos recursos do IGD-PAB 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-PAB

|\_\_| 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-PAB foram totalmente executados

1. **Os recursos do IGD-PAB são direcionados prioritariamente a: *(admite múltiplas respostas)***

|\_\_| Ações integradas entre Saúde, Educação e Assistência Social no âmbito do PAB 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 PAB

|\_\_| Aquisição ou manutenção de veículos pela Secretaria de Assistência Social na gestão do PAB 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 PAB e Cadastro Único

|\_\_| Contrato de pessoal temporário para Gestão do PAB e Cadastro Único

|\_\_| Nenhuma das alternativas

|\_\_| Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Qual o percentual, aproximadamente, que seu município destina dos recursos do IGD-PAB 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-PAB 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 2021 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 2021.
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 2021, no quadro de despesa, excluindo os inscritos em restos a pagar para 2022 e incluindo os restos a pagar oriundos de 2020 e pagos em 2021.
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.
8. **Especifique os recursos financeiros e despesas do município na área de Assistência Social segundo blocos os Blocos de Financiamento no ano de 2021, 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”)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Recursos:** | | **Despesas pagas:** | |
|  | Valor alocado referente aos recursos próprios alocados na unidade orçamentaria do Fundo Municipal de Assistência Social | Valor recebido do governo estadual (Fundo a Fundo e Convênios) | Valor da despesa realizada com recursos próprios do município | Valor da despesa realizada com recursos repassados pelo governo estadual |
| **Proteção Social Básica** | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar |
| **Proteção Social Especial** | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar |
| **Benefícios** | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar |
| **Gestão** | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar |
| **Programas** | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar |
| **Outros** | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar |
| **Total** | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar | **R$** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_|\_\_|  |\_\_| Não sabe informar |

**BLOCO 4 – RECURSOS HUMANOS**

1. **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. 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  7 – Serviços Gerais ***(limpeza, conservação, motoristas etc.)***  8 – Técnico(a) de nível Médio  9 – Técnico(a) de nível superior  10 – 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 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**: \_\_\_ / \_\_\_ /2021

**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).**