

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.



## CENSO SUAS 2019

### QUESTIONÁRIO GESTÃO ESTADUAL

#### Secretarias Estaduais de Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário eletrônico da GESTÃO ESTADUAL deverá ser preenchido pelas Secretarias Estaduais de Assistência Social no período de **07 de outubro a 29 de novembro**.

Os questionários devem sempre ser preenchidos primeiramente em papel. 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. Caso o estado tenha alguma dúvida e/ou necessite de algum apoio ou esclarecimento deverá entrar em contato com a SEDS pelo Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>, pelo 121, ou ainda pelos telefones 61 2030-3118, 3954, 3951 ou 3133.

O questionário em papel, assinado pelo agente público responsável pelas informações prestadas, deverá ser arquivado pelos estados. Para envio das informações a SEDS, as respostas deste questionário deverão ser fielmente digitadas no sistema eletrônico no endereço <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censosuas>. A SEDS recebe as informações do Censo SUAS exclusivamente pelo sistema eletrônico.

#### Senha de Acesso para preenchimento do questionário eletrônico

Para preenchimento do questionário eletrônico do CENSO SUAS 2019 os responsáveis necessitarão utilizar o *login* e a senha de acesso aos sistemas da Rede SUAS, devendo possuir o perfil de acesso ao CADSUAS (cadsuas.estado). Problemas relativos à senha de acesso poderão ser solucionados, exclusivamente, pelo telefone 121 ou pelo chat: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/chat-bate-papo-com-gestor/>

**BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO GESTOR**

CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.

Nome que identifica o Órgão Gestor: \_\_\_\_\_

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 – ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E GESTÃO DO SUAS**

1. De acordo com a estrutura administrativa do estado, a Secretaria Estadual da Assistência Social caracteriza-se como: **(resposta única)**

☐ Secretaria estadual exclusiva da área de Assistência Social **(Pule para a questão 3)**

☐ Secretaria estadual em conjunto com outras políticas setoriais

☐ Fundação Pública **(Pule para a questão 3)**

2. A que secretaria ou setor a assistência social está associada? **(admite múltiplas respostas).**

☐ Educação ☐ Planejamento ☐ Saúde ☐ Habitação ☐ Segurança Alimentar

☐ Trabalho e/ou Emprego ☐ Direitos Humanos ☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_.

3. Indique se as áreas abaixo estão constituídas como subdivisões administrativas (superintendência, departamentos, gerências, coordenações, etc.) na estrutura do órgão gestor **(resposta única por linha)**

Áreas ligadas à Gestão	Sim, na estrutura formal do órgão gestor	Sim, de maneira informal	Não constituída
Gestão do SUAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância Socioassistencial (Inclusive áreas de monitoramento e avaliação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão do Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regulação do SUAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão Financeira e Orçamentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Áreas de Serviços e Benefícios	Sim, na estrutura formal do órgão gestor	Sim, de maneira informal	Não constituída
Proteção Social Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteção Social Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão do Cadastro Único e Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestão de Benefícios Assistenciais (BPC, Benefícios Eventuais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Em que ano ocorreu a última atualização da Lei Estadual de Regulamentação do Sistema Único da Assistência Social - SUAS?

|\_\_|\_|\_|\_|\_| ☐ Não possui Lei Estadual de Regulamentação do SUAS

5. Em que ano ocorreu a última atualização do Plano Estadual de Assistência Social (PEAS) com a respectiva aprovação pelo CEAS?

|\_\_|\_|\_|\_|\_|. ☐ Não possui Plano Estadual de Assistência Social

6. Em que ano ocorreu a última atualização do Plano Estadual de Capacitação?

|\_\_|\_|\_|\_|\_| ☐ Não possui Plano Estadual de Capacitação

**BLOCO 3 – SERVIÇOS E BENEFÍCIOS****7. A Secretaria Estadual de Assistência Social executa diretamente algum serviço Socioassistencial?**

<b>Proteção Social Básica: (admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não executa diretamente serviços desse nível de proteção)</b>	
Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF	<input type="checkbox"/>
Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas	<input type="checkbox"/>
Não executa diretamente Serviços de Proteção Social Básica	<input type="checkbox"/>
<b>Proteção Social Especial de Média Complexidade: (admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não executa diretamente serviços desse nível de proteção)</b>	
Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI	<input type="checkbox"/>
Serviço Especializado em Abordagem Social	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias	<input type="checkbox"/>
Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	<input type="checkbox"/>
Não executa diretamente Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade	<input type="checkbox"/>
<b>Proteção Social Especial de Alta Complexidade: (admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não executa diretamente serviços desse nível de proteção)</b>	
Serviço de Acolhimento Institucional (Abrigo Institucional; Casa-lar; Casa de Passagem)	<input type="checkbox"/>
Serviço de Acolhimento em República	<input type="checkbox"/>
Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora	<input type="checkbox"/>
Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências	<input type="checkbox"/>
Não executa diretamente Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>

**8. O estado realiza diretamente concessão de Benefícios Eventuais da assistência social?**

**Atenção!** Considere “concessão” o ato de decidir sobre o direito de acesso ao Benefício, independentemente do local da entrega. Considere apenas a concessão, e não o cofinanciamento de Benefícios Eventuais.

☐ Sim ☐ Não *(pule para a questão 11)*

**9. Caso sim, quais são os Benefícios Eventuais concedidos? (Caso não conceda Benefício Eventual em situação de calamidade ou em situação de vulnerabilidade temporária, pule esta questão. Admite múltiplas respostas)**

- ☐ Auxílio Funeral  
☐ Auxílio Natalidade  
☐ Benefício Eventual para situação de calamidade pública  
☐ Benefício Eventual de vulnerabilidade temporária.  
☐ Outros.

**10. Caso o estado conceda Benefício Eventual em situação de calamidade ou Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade temporária, informe quais: (Caso não conceda Benefício Eventual em situação de calamidade ou de vulnerabilidade temporária, pule esta questão) (Admite múltiplas respostas)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Colchões/ colchonetes  | <input type="checkbox"/> Auxílio/Isenção para retirada de documentação |
| <input type="checkbox"/> Cobertores / lençóis / roupas de cama                                  | <input type="checkbox"/> Aluguel Social                                |
| <input type="checkbox"/> Vestimentas/ Roupas  | <input type="checkbox"/> Material de Construção                        |
| <input type="checkbox"/> Material de limpeza e higiene  | <input type="checkbox"/> Pagamento/ Isenção de contas de água e luz    |
| <input type="checkbox"/> Água   | <input type="checkbox"/> Auxílio gás                                   |
| <input type="checkbox"/> Auxílio relacionado à segurança alimentar (cesta básica, entre outros) | <input type="checkbox"/> Vestimentas/ Roupas                           |
| <input type="checkbox"/> Auxílio para deslocamento / passagens                                  | <input type="checkbox"/> Outros. Quais?                                |

**11. O Governo do Estado possui algum Programa PRÓPRIO de Transferência de Renda (transferência de recursos estaduais de forma constante a um público específico)?**

☐ Sim ☐ Não

**BLOCO 4 – REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

12. **Atualmente**, está em funcionamento no estado algum serviço/unidade de caráter **REGIONAL** de Proteção Social Especial de Média Complexidade?

Se o estado possui algum serviço/unidade de caráter REGIONAL, conforme a Resolução CIT nº 31/2013 que estabelece parâmetros para a regionalização da média complexidade, independente de cofinanciamento federal e/ou estadual.

☐ Sim ☐ Não (*pule para a questão 15*)

13. Caso oferte Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) de caráter **REGIONAL**, como é, atualmente, a forma de execução destas unidades? (*admite múltiplas respostas*).

Forma como se dá a oferta de serviços regionalizados de PAEFI	Quantidade de unidades
<input type="checkbox"/> Execução direta do serviço pelo governo estadual por meio de <b>CREAS Regional (Modelo I)</b>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Repasse de recursos do estado para <b>CREAS municipal regionalizado (Modelo II)</b> ( <i>Se marcar essa opção, responda à próxima questão</i> ).	<input type="text"/>

14. Indique as ações de apoio técnico e monitoramento desenvolvidas pelo Estado com os CREAS municipais de caráter regional (Modelo II) (*admite múltiplas respostas. Responder essa questão apenas se o Estado ofertar PAEFI de caráter regional por meio do Modelo II/CREAS Municipal*)

- ☐ Realiza orientação técnica à distância (por telefone ou e-mail)  
☐ Realiza orientação técnica presencial (visitas técnicas)  
☐ Realiza capacitação das equipes de referência  
☐ Estabelece fluxos e protocolos entre os serviços e a rede intersetorial  
☐ Estabelece fluxos e protocolos entre os serviços e o Sistema de Justiça  
☐ Estabelece fluxos e protocolos entre os serviços e Sistema de Garantia de Direitos  
☐ Acompanha e monitora a aplicação dos recursos transferidos  
☐ Monitora a composição das equipes técnicas, de acordo com a NOB-RH/SUAS  
☐ Orienta sobre o preenchimento, a utilização e a atualização de sistemas de informações do SUAS (RMA, CadSUAS, Censo SUAS)  
☐ Outras. Quais? \_\_\_\_\_

15. **Atualmente**, está em funcionamento no estado algum serviço/unidade de caráter **REGIONAL** de Proteção Social Especial de Alta Complexidade?

Se o estado possui algum serviço/unidade de caráter REGIONAL, conforme a Resolução CIT nº 31/2013 e Resolução nº 2/2014 que estabelece parâmetros para a regionalização da média e alta complexidade, independente de cofinanciamento federal e/ou estadual.

☐ Sim ☐ Não (*pule para a questão 18*)

16. Quais serviços de Alta Complexidade de caráter **REGIONAL** são ofertados no Estado? (*admite múltiplas respostas*).

- ☐ Unidades de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes (*responda a questão 17*)  
☐ Unidades de Acolhimento Institucional para idosos(os)  
☐ Unidades de Acolhimento Institucional para pessoas em situação de rua  
☐ Unidades de Acolhimento Institucional para pessoas com deficiência  
☐ Unidades de Acolhimento Institucional para mulheres vítimas de violência  
☐ Unidades de Acolhimento em República para jovens (maiores de 18 anos)  
☐ Unidades de Acolhimento em República para adultas(os) em processo de saída das ruas  
☐ Unidades de Acolhimento em República para idosos(os)  
☐ Família Acolhedora para crianças e adolescentes (*responda a questão 17*)

17. Caso oferte Unidades de Acolhimento para crianças e adolescentes e/ou jovens de caráter REGIONAL, como é, atualmente, a forma de execução destas unidades?

Forma como se dá a oferta de serviços regionalizados de Acolhimento para crianças e adolescentes e/ou jovens	Quantidade de unidades
<input type="checkbox"/> Execução direta do serviço pelo governo estadual	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Repasse direto do estado para entidade da rede privada	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Repasse de recursos do estado para os municípios-sede	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Consórcio Público	<input type="text"/>

## BLOCO 5 – APOIO TÉCNICO AOS MUNICÍPIOS E AOS CONSELHOS

18. O planejamento de apoio técnico aos municípios foi pactuado na CIB?

☐ Sim ☐ Não *(pule par a questão 20)*

19. O apoio técnico do Estado aos municípios inclui: *(admite múltiplas respostas)*

- ☐ Produção e distribuição de material técnico
- ☐ Elaboração, pelo Estado, de normativas e instruções operacionais para orientação dos municípios
- ☐ Capacitações presenciais (cursos, oficinas, entre outros)
- ☐ Capacitações à distância
- ☐ Assessoramento técnico de forma presencial no município (visita/reunião técnica ao órgão gestor ou as unidades)
- ☐ Assessoramento técnico à distância (telefone, e-mail)
- ☐ Comunicação via redes sociais
- ☐ Outras formas. Especifique: \_\_\_\_\_.

20. Existe plano de providência e/ou plano de apoio técnico vigente no Estado no momento?

☐ Sim ☐ Não

21. Quantos municípios compõem o plano de providência e/ou de apoio técnico do Estado? *(Não permite número maior que o número de municípios do Estado)*

municípios

22. Quantos municípios do estado receberam visitas técnicas da Secretaria Estadual de Assistência Social no ano de 2018? *Caso não possua, insira "0" (zero). Não permite número maior que o número de municípios do Estado.*

municípios

23. No ano de 2018, as(os) trabalhadoras(es) da Assistência Social do estado ou dos municípios tiveram acesso a cursos de capacitação? *Caso marque "Não" pule as demais questões da linha.*

Participação em Cursos de Capacitação pelas(os) trabalhadoras(es) da assistência social	Participou?		Qual o número aproximado de trabalhadoras(es) capacitadas(os)	Ente(s) federado(s) que promoveu(ram) os cursos	
	Sim	Não		Gestão Estadual	Gestão Federal
Capacitação <u>presencial</u> para as(os) <u>trabalhadoras(es) estaduais</u> da assistência social.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Capacitação <u>à distância</u> para as(os) <u>trabalhadoras(es) estaduais</u> da assistência social.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Capacitação <u>presencial</u> para as(os) <u>trabalhadoras(es) municipais</u> da assistência social.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Capacitação <u>à distância</u> para as(os) <u>trabalhadoras(es) municipais</u> da assistência social.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

24. No ano de 2018 o estado realizou/promoveu cursos de capacitação para as(os) conselheiras(os) estaduais ou municipais da assistência social? **Caso marque “Não” pule as demais questões da linha.**

Realização de Cursos de Capacitação para Conselheiras(os)	Participou?	Qual o número de conselheiras(os) capacitadas(os)
Capacitação <u>presencial</u> para as(os) conselheiras(os) estaduais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Capacitação <u>à distância</u> para as(os) conselheiras(os) estaduais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Capacitação <u>presencial</u> para as(os) conselheiras(os) municipais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Capacitação <u>à distância</u> para as(os) conselheiras(os) municipais.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## BLOCO 6 – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB)

25. Indique qual a composição da CIB de acordo com a representação do porte dos municípios e representação estadual: **Caso não possua, insira “0” (zero).**

Representação Estadual e de acordo com o Porte dos Municípios	Representação	
	Quantidade de Titulares	Quantidade de Suplentes
Representantes da Gestão Estadual	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Representantes de Municípios de Pequeno Porte I	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Representantes de Municípios de Pequeno Porte II	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Representantes de Municípios de Médio Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Representantes de Municípios de Grande Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Representantes de Metrópoles/capitais	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

26. Existe algum critério de representação regional na CIB?

☐ Sim ☐ Não **(pule para a questão 28)**

27. Se sim, há rotatividade na representação por região do Estado?

☐ Sim ☐ Não

28. Os gestores municipais foram indicados pelo Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social (COEGEMAS ou similar)?

☐ Sim ☐ Não

29. A CIB pactuou o calendário de reuniões ordinárias anual?

☐ Sim ☐ Não

30. Com qual periodicidade a CIB se reuniu no ano de 2018? **(resposta única).**

☐ Mensalmente ☐ Semestralmente  
☐ Bimestralmente ☐ Anualmente  
☐ Trimestralmente ☐ Não houve reunião no ano de referência **(pule para a questão 33)**  
☐ Quadrimestralmente

31. Quantas reuniões a CIB realizou no ano de 2018? .

32. Quantas reuniões descentralizadas a CIB realizou no ano de 2018? .

33. Os servidores do órgão gestor de assistência social possuem Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)?

- ☐ Sim, para a totalidade dos servidores  
☐ Sim, para a maioria dos servidores  
☐ Sim, para a metade dos servidores  
☐ Sim, para a minoria dos servidores  
☐ Não (*pule para a questão 36*)

34. O plano de Cargos, Carreiras e Salários dos servidores do órgão gestor da assistência social (PCCS) pertence a qual órgão do estado? (*admite múltiplas respostas*)

- ☐ Do próprio órgão gestor da Assistência Social  
☐ Centralizado no governo  
☐ Do órgão responsável pelo planejamento  
☐ De outro órgão. Qual? \_\_\_\_\_

35. Qual o ano da última atualização deste PCCS? |\_|\_|\_|\_|.

36. No ano de 2018, o Estado realizou concurso público para contratação de trabalhadoras(es) (nível superior ou médio) para a Secretaria Estadual de Assistência Social? *Caso marque "Não" pule as demais questões da linha.*

Nível de Escolaridade	Realizou Concurso?	Quantidade de Vagas	O concurso já foi homologado?	Data da Homologação do Concurso	Quantidade de trabalhadoras(es) que tomaram posse
Nível Superior	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ / _ _ /2018	_ _ _
Nível Médio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ / _ _ /2018	_ _ _

**37. Indique o nome, data de nascimento, CPF, RG, sexo, escolaridade, profissão, vínculo, função, carga horária e área de atuação de cada profissional que atua no Órgão Gestor de Assistência Social:**

**Atenção! Para responder a questão 37 considere as instruções abaixo:**

As Secretarias Estaduais que são responsáveis pela gestão de outras políticas públicas, além da Política de Assistência Social, devem computar da seguinte maneira a quantidade de trabalhadores:

- Trabalhadores que exercem exclusivamente funções/atividades ligadas à Assistência Social, mais;
- Trabalhadores cujas funções/atividades estão ligadas tanto à assistência social como a outras políticas geridas pela Secretaria (Por exemplo: trabalhadores de áreas administrativas, financeiras ou contábeis que dão apoio ao conjunto de atividades das diversas políticas geridas pela Secretaria).
- NÃO DEVEM SER COMPUTADOS os trabalhadores que exercem funções/atividades ligadas exclusivamente a outras políticas públicas geridas pela Secretaria.
- NÃO DEVEM SER COMPUTADOS os trabalhadores que exercem suas atividades exclusivamente em unidades de prestação de serviços (CREAS, por exemplo)

Nome Completo	Data de Nascimento DD/MM/AA AA	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Cargo	Carga horária SEMANAL	Início do Mandato (DD/MM/AAAA)	Área de atuação		
				Número	Órgão Emissor	UF								Principal área de atuação	Segunda principal área de atuação	Terceira principal área de atuação
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* O número de CPF é obrigatório



**CASO SEJA NECESSÁRIO ATUALIZAR ESTES DADOS, ATUALIZE NO CADSUAS.**

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Cargo	Carga Horária	Área de atuação
0 – Sem Escolaridade ( <i>pular “área de atuação”</i> ) 1 – Ensino Fundamental Incompleto ( <i>pular “área de atuação”</i> ) 2 – Ensino Fundamental Completo ( <i>pular “área de atuação”</i> ) 3 – Ensino Médio Incompleto ( <i>pular “área de atuação”</i> ) 4 – Ensino Médio Completo 5 – Ensino Superior Incompleto 6 – Ensino Superior Completo 7 – Especialização 8 – Mestrado 9 – Doutorado	1 – Assistente Social 2 – Psicóloga(o) 3 – Pedagoga(o) 4 – Advogada(o) 5 – Administrador (a) 6 – Antropóloga(o) 7 – Socióloga(o) 8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista política(o) 10 – Nutricionista 11 – Médica(o) 12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional 14 – Economista 15 – Economista Doméstica(o) 16 – Enfermeira(o) 17 – Analista de sistema 18 – Programador(a) 19 – Outra(o) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional	1 – Comissionado 2 – Servidor/Estatutário 3 – Servidor Temporário 4 – Empregado Público (CLT) 5 – Terceirizado 6 – Outro vínculo não permanente 7- Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços 8 – Voluntário 9 – Sem vínculo	1 – Apoio Administrativo 2 – Coordenador(a)/Dirigente 3 – Educador(a) Social 4 – Estagiária(o) 5 – Outros 6 – Secretária(o) 7 – Secretária(os) de Assistência Social 8 – Secretário Executivo 9 – Serviços Gerais 10 – Técnica(o) de Nível Médio 11 – Técnica(o) de Nível Superior	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	<b>Atenção! Informe a área de atuação apenas para as (os) profissionais que possuem escolaridade de nível médio completo ou superior.</b>  1 – Atividades de gestão (administrativo) 2 – Gestão do SUAS 3 – Vigilância Socioassistencial 4 – Gestão do Trabalho 5 – Regulação do SUAS 6 – Gestão Financeira e Orçamentária 7 – Proteção Social Básica 8 – Proteção Social Especial de Média Complexidade 9 – Proteção Social Especial de Alta Complexidade 10 - Gestão do Cadastro Único e Programa Bolsa Família 11 - Gestão de Benefícios Assistenciais ( <i>BPC, Benefícios Eventuais</i> ) 12 – Outros.

Preencha o quadro anterior utilizando número correspondente à Escolaridade, Profissão, ao Tipo de Vínculo, à Função de cada pessoa e a carga horária

## BLOCO 8 – RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

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

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Identificação da(o) representante da Vigilância Socioassistencial:

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

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

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