



**MINISTÉRIO DA CIDADANIA - MC**



# **CENSO SUAS 2020**

## **GESTÃO ESTADUAL**

**MANUAL DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**  
**Gestão Estadual**  
**Secretaria Estadual 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, 2020.**

## 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 da Gestão Estadual deverá ser preenchido pelos municípios no período de **19 de outubro a 04 de dezembro**.

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>.

A SEDS 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.estado**



Para preencher o questionário eletrônico do CENSO SUAS 2020, 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.estado**).

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

121


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 a SEDS por meio do Formulário Eletrônico de E-mail: <http://fale.mdsvector.site:8080/formulario/>, pelo 121, pelo chat: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/chat-bate-papo-com-gestor/>, e-mail [vigilanciasocial@cidadania.gov.br](mailto:vigilanciasocial@cidadania.gov.br), ou pelos telefones 61 2030-3133, 3236 ou 3235.

Recomenda-se o uso do navegador Mozilla Firefox para o preenchimento e o envio do questionário eletrônico.

## BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO GESTOR

**Nome que identifica o órgão gestor:** \_\_\_\_\_

O nome que identifica o órgão gestor é a denominação atribuída à Secretaria Estadual a fim de melhor identificá-la. Ex. Secretaria Estadual de Assistência Social.


 Por favor, evite usar abreviações.

**Selecione o Tipo de Logradouro (avenida, rua, etc):** *(Selecione o tipo)*

Informar a identificação do endereço ex. rua, avenida, praça, quadra, etc. onde se situa a Secretaria Estadual de Assistência Social, ou congêneres.


**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Número:** \_\_\_\_\_

Informar o nome da rua, avenida, praça, quadra, etc. e em seguida o número do local onde se situa a Secretaria Estadual de Assistência Social, ou congêneres.

 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.

**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. Secretaria situada na Praça da Igreja da Matriz.

**CEP:** \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

Informe o Código de Endereçamento Postal da Secretaria Estadual de Assistência Social, no seguinte formato nn.nnn-nnn (70.788-090, por exemplo).

**Município: (Seleção)**

Selecione o município no qual está situada a Secretaria Estadual de Assistência Social, ou congêneres.

**UF: (Seleção)**

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

**E-mail:** \_\_\_\_\_

Informe o endereço eletrônico da Secretaria Estadual de Assistência Social. Se a Secretaria 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 da Secretaria Estadual, no seguinte formato: DDD com 02 (dois) dígitos e número do telefone. Por exemplo: (61) 3433-4444 ramal 238. Caso a Secretaria Estadual de Assistência não tenha telefone, informe o da Prefeitura Municipal. *Apenas na ausência do telefone institucional pode ser informado celular institucional ou telefone particular.*

**Fax:** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Informe o número do FAX da Secretaria Estadual.

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

Para responder este item, considere as definições abaixo:

Sobre a gestão da assistência social, considere a gestão dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, conforme a Constituição Federal de 1988, a [Lei Orgânica da Assistência Social](#), a [Política Nacional de Assistência Social](#) e normativas pertinentes.

 **Secretaria estadual exclusiva da área de Assistência Social.**

Refere-se ao órgão gestor que coordena, formula e executa exclusivamente a política de assistência social, não sendo responsável pela coordenação, formulação ou execução de outras políticas setoriais, não estando, portanto, nem associada, nem subordinada à outra política setorial. Portanto, o órgão gestor estadual trata isoladamente da assistência social. Políticas como, por exemplo, Transferência de Renda, Desenvolvimento Social, entre outras atividades inerentes a política de Assistência Social, devem ser marcadas nesta opção.

 **Secretaria estadual em conjunto com outras políticas setoriais.**

Refere-se ao órgão gestor que é responsável pela coordenação, formulação e execução da política de assistência social, bem como de outras políticas, como: trabalho, saúde, educação, segurança alimentar, entre outras. Para marcar esta opção o respondente deve avaliar se o órgão gestor da assistência social do Estado atua com outra política setorial (por exemplo: trabalho, saúde, educação, segurança alimentar, direitos humanos).

 **Fundação Pública.**

O órgão gestor é uma fundação pública, ou órgão da administração indireta do estado. As fundações públicas são órgãos da administração indireta, com personalidade jurídica, vinculadas ao poder público. São criadas por meio de lei específica e regulamentadas por decreto do executivo. As fundações públicas possuem autonomia administrativa, patrimônio próprio, e funcionamento custeado, principalmente, por recursos do poder público, ainda que sob a forma de prestação de serviço.

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

Informar a qual secretaria, pasta ou setor o órgão gestor da Assistência Social está vinculado ou subordinado. Áreas como desenvolvimento social, transferência de renda são inerentes a política de Assistência Social, devendo ser marcadas na opção “Secretaria exclusiva”.

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 (departamentos, gerências, coordenações, etc.) na estrutura do órgão gestor? (resposta única por linha)**

Informar se as áreas da Proteção Social Básica, da Proteção Social Especial e da Gestão de Benefícios Assistenciais estão constituídas como subdivisões administrativas do órgão gestor estadual, a exemplo de departamentos, diretorias, gerências, coordenações, etc.

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"/>
Programa Criança Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sim, na estrutura formal do órgão gestor:**

Marque essa opção quando a área constituída como subdivisão administrativa (departamento, diretoria, gerência, coordenação, etc), existe na estrutura formal do órgão gestor, **descrita em instrumento normativo**, tais como, lei, decreto, portaria ou congêneres que publica a estrutura regimental do órgão, organograma ou outros.

**Sim, de maneira informal**

Marque essa opção quando a área em questão existe e é uma subdivisão administrativa no órgão gestor, por exemplo, com presença de gerência, coordenação, etc., mas **não de maneira oficializada em instrumentos normativos**, como estrutura regimental do órgão, organograma ou outros.

**Não constituída.**

Não existe no órgão gestor o setor administrativo que esteja responsável especificamente por aquela área em questão ou que não possua recursos humanos na área em questão.

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

Caso não exista Lei Estadual de Regulamentação do SUAS, marque a opção “Não possui Lei Estadual de Regulamentação do SUAS”. Mesmo que o Estado já tenha minuta de lei, ou esta já esteja tramitando no legislativo, marque “Não possui”.

Embora não haja orientação específica para Leis Estaduais, pode-se obter maiores informações sobre a Lei do SUAS, no link:

[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/cartilhas/cartilha\\_orientacao\\_aosMunicipios.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cartilhas/cartilha_orientacao_aosMunicipios.pdf)

**Não possui Lei Estadual de Regulamentação do SUAS**



Informe no formato “aaaa”, o ano da última atualização da Lei

**5. Em 2020 houve atualização do Plano Estadual de Assistência Social (PEAS)?**

Indique se em 2020 houve atualização do Plano Estadual de Assistência Social aprovado pelo Conselho Estadual da Assistência Social.

**Não**



Informe no formato “aaaa”, o ano de atualização do Plano Estadual

**6. O Estado possui Plano Estadual de Convivência Familiar e Comunitária? E caso possua, informe o ano da última atualização do Plano.**

Sim. Ano:

Não

### BLOCO 3 – SERVIÇOS E BENEFÍCIOS

**7. A Secretaria Estadual de Assistência Social executa diretamente algum serviço Socioassistencial? (Indique todas as ofertas executadas diretamente pelo Estado)**

Indique se a Secretaria Estadual de Assistência Social executa diretamente algum serviço Socioassistencial. A execução direta diz respeito tanto a execução governamental, quanto ao repasse direto do Estado para entidade ou organização da sociedade civil (OSC), independentemente do município sede do serviço.

**Dentre os serviços da Proteção Social Básica tem-se as opções:**

Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; e Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas

**Para os serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade tem-se as opções:**

Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI; Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade – PSC; Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias; e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

**Para os serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade tem-se as opções:**

Serviço de Acolhimento Institucional (Abrigo Institucional; Casa-lar; Casa de Passagem); Serviço de Acolhimento em República; Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; e Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

<b>Proteção Social Básica: (admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não executa diretamente serviços desse nível de proteção)</b>	
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 o Serviço 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 o Serviço 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 o Serviço de Proteção Social de Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>

**8. O estado realiza diretamente oferta de Benefícios Eventuais da assistência social e quais são os benefícios eventuais concedidos? (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)**

**Atenção! Considere “concessão” o ato de decidir sobre o direito de acesso ao Benefício, independente do local da entrega.**



**Fique atento - Considere apenas concessão, e não o cofinanciamento de Benefícios eventuais aos municípios. Perguntas referentes ao cofinanciamento estão no questionário de Fundo Estadual.**

**Não**

Marque essa opção se o estado **NÃO** realiza concessão de Benefícios Eventuais da assistência social.

**Sim, Benefício Eventual em situação de morte**

**Auxílio Funeral - Benefício Eventual por Situação de morte**

O artigo 4º do Decreto [6.307/2007](#) estabelece que o auxílio por morte atende prioritariamente:

- I - a despesas de urna funerária, velório e sepultamento;
- II - a necessidades urgentes da família para enfrentar riscos e vulnerabilidades advindas da morte de um de seus provedores ou membros; e
- III - a ressarcimento, no caso da ausência do benefício eventual no momento em que este se fez necessário.

**Sim, Benefício Eventual por nascimento**

**Auxílio Natalidade - Benefício Eventual por nascimento**

O artigo 3º do [Decreto nº 6.307, de 14 de dezembro de 2007](#), estabelece que o auxílio por natalidade atenderá, preferencialmente, aos seguintes aspectos:

- I - necessidades do nascituro;
- II - apoio à mãe nos casos de natimorto e morte do recém-nascido; e
- III - apoio à família no caso de morte da mãe.

**Sim, Benefício Eventual em situação de calamidade (inclui desastres e emergências)**

**Benefício Eventual para situação de calamidade pública.**

Em parágrafo único do artigo 8º, o [Decreto nº 6.307, de 14 de dezembro de 2007](#), estabelece que:

“Para os fins deste Decreto, entende-se por estado de calamidade pública o reconhecimento pelo poder público de situação anormal, advinda de baixas ou altas temperaturas, tempestades, enchentes, inversão térmica, desabamentos, incêndios, epidemias, causando sérios danos à comunidade afetada, inclusive à incolumidade ou à vida de seus integrantes.”

**Sim, Benefício Eventual em situação de vulnerabilidade temporária**

O artigo 7º do [Decreto nº 6.307, de 14 de dezembro de 2007](#), estabelece que: “A situação de vulnerabilidade temporária caracteriza-se pelo advento de riscos, perdas e danos à integridade pessoal e familiar, assim entendidos: I - riscos: ameaça de sérios padecimentos; II - perdas: privação de bens e de segurança material; e III - danos: agravos sociais e ofensa. Exemplos: Colchões/ colchonetes, Cobertores / lençóis / roupas de cama, Vestimentas/ Roupas, Material de limpeza e higiene, Água, Auxílio relacionado à segurança alimentar (cesta básica, entre outros), Auxílio para deslocamento / passagens, Auxílio/isenção para retirada de documentação, Aluguel Social, Material de Construção, Pagamento/ Isenção de contas de água e luz, Auxílio gás, Vestimentas/ Roupas.

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

Considere Programa Próprio de Transferência de Renda do governo estadual aquele que contém exclusivamente recursos estaduais.

**Sim**

Marque essa opção se Estado possui algum Programa PRÓPRIO de Transferência de Renda (transferência de recursos estaduais de forma constante a um público específico).

**Não**

Marque essa opção se Estado **NÃO** possui algum Programa PRÓPRIO de Transferência de Renda (transferência de recursos estaduais de forma constante a um público específico).

**10. O Estado possui programas de execução própria?**

*Assim, como o AEPETI, o ACESUAS Trabalho, o CAPACITASUAS no âmbito do governo federal. Se o Estado possui programas específicos no âmbito do governo estadual.*

Sim

Não *(pule para a questão 12)*

**11. Informe o nome deles segundo o fato se eles utilizam o Cadastro Único para seleção dos beneficiários.**

Se utiliza o Cadastro Único para seleção de beneficiários. Qual o nome dos programas? *(cite o nome dos programas)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Escreva nas linhas acima os programas de **execução própria do estado** que utilizam o Cadastro Único para a seleção de beneficiários.

Sim, mas não utiliza o Cadastro Único para seleção dos beneficiários. Qual o nome dos programas? *(cite o nome dos programas)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Escreva nas linhas acima os programas de **execução própria do estado** que NÃO utilizam o Cadastro Único para a seleção de beneficiários.

**12. Indique quais as ações relativas à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família (PBF\_ são desenvolvidas pela Assistência Social no estado: *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)***

Não realiza ações relativas à gestão de benefícios *(siga para a questão 13)*

Monitoramento das concessões de benefícios do PBF

Monitoramento dos cancelamentos de benefícios do PBF

Acompanhamento de processos que impactam em suspensões ou bloqueios de benefícios do PBF

Gerenciamento de ações relacionadas aos processos de Averiguação e Revisão Cadastral

Monitoramento da situação de entrega de cartões para beneficiários do PBF

Ações articuladas com a CAIXA para entrega de cartões do PBF

Acompanhamento das condições de atendimento de beneficiários do PBF nos canais de pagamento da CAIXA



- Monitoramento da efetividade de pagamentos do PBF no Estado
- Promoção de capacitação presencial sobre o PBF para agentes municipais
- Orientação técnica sobre o PBF para agentes municipais
- Produção de material de capacitação ou orientação técnica sobre o PBF para agentes municipais
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**13. Indique quais as dificuldades enfrentadas pelo estado em relação à gestão de benefícios do Programa Bolsa Família (PBF) (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)**

- Não há dificuldades ( *siga para a questão 14*)
- As informações disponibilizadas pelo Ministério da Cidadania são de difícil compreensão e/ou de difícil acesso (Instruções Operacionais, Informes, Comunicados)
- Falta de informações sobre as regras do Programa
- Falta de acesso à internet e/ou baixa qualidade da internet
- Equipe não tem acesso ao SIBEC
- Instabilidade do SIBEC
- Equipe não tem acesso ao SigPBF
- Instabilidade do SigPBF
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**14. Em 2020, para prevenção das emergências e calamidade, a Gestão Estadual (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)**

- Realizou apoio técnico/estudos/grupos/capacitação de discussão sobre o tema
- Regulamentou o cofinanciamento estadual aos municípios para benefícios eventuais em situação de calamidade
- Regulamentou benefício eventual específico para situação de calamidade no âmbito estadual
- Regulamentou o cofinanciamento estadual para o Serviços de Proteção Social em situações de emergência e calamidade pública no SUAS
- Definiu fluxos de trabalho para serem executados durante a emergência
- Elaborou planos de contingência (seja intersetorial ou no âmbito da Assistência Social)
- Produziu dados que subsidiaram a vigilância socioassistencial na prevenção de desastres
- Monitorou a ocorrência de emergências no Estado visando à aplicação, quando necessário, de ações especiais do Programa Bolsa Família
- Mobilizou a comunidade para prevenção de desastres
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_
- Não realizou nenhuma das atividades acima.

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

**15. 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..

*Indique se atualmente*, está em funcionamento no estado algum serviço/unidade de caráter REGIONAL de proteção social especial de média complexidade.

**Sim**

Marque essa opção caso o atualmente, está em funcionamento no estado algum serviço/unidade de caráter REGIONAL de proteção social especial de média complexidade.

**Não (pule para 18)**

Marque essa opção caso, atualmente, não esteja em funcionamento no estado algum serviço/unidade de caráter REGIONAL de proteção social especial de média complexidade. **Nesse caso, pule para a questão 18.**

**16. 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).**

**Atenção!** Admite múltiplas respostas.

Indique como se dá a forma de oferta e a quantidade de unidades que ofertam os serviços regionalizados de PAEFI segundo as opções: Execução direta do serviço pelo governo estadual por meio de CREAS Regional (Modelo I) ou pelo Repasse de recursos do estado para CREAS municipal regionalizado (Modelo II).

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="checkbox"/> Repasse de recursos do estado para <b>CREAS municipal regionalizado (Modelo II)</b> <i>(Se marcar essa opção, responda à próxima questão).</i>	

**17. Indique as ações de apoio técnico e monitoramento desenvolvidas pelo Estado com os CREAS municipais de caráter regional (Modelo II). (admite múltiplas respostas).**

**Atenção!** Admite múltiplas respostas, MAS só preencha se respondeu na questão anterior Repasse de recursos do estado para CREAS municipal regionalizado (Modelo II)

Indique as ações de apoio técnico e monitoramento desenvolvidas pelo Estado com os CREAS municipais de caráter regional (Modelo II).

**Apoio técnico a distância (por telefone ou e-mail)**

**Apoio técnico presencial (visitas técnicas)**

**Capacitação das equipes de referência**

**Fluxos e protocolos entre os serviços e a rede intersetorial**

**Fluxos e protocolos entre os serviços e o Sistema de Justiça**

**Efluxos e protocolos entre os serviços e Sistema de Garantia de Direitos**

**Monitoramento da aplicação dos recursos transferidos**

**Monitoramento da composição das equipes técnicas, de acordo com a NOB-RH/SUAS**

**Orientação sobre o preenchimento, a utilização e a atualização de sistemas de informações do SUAS (RMA, CadSUAS, Censo SUAS)**

**Outras. Quais? \_\_\_\_\_**



Informe qual a outra forma de as ações de apoio técnico e monitoramento desenvolvidas pelo Estado com os CREAS municipais de caráter regional

**18. 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 CIT nº 2/2014 que estabelece parâmetros para a regionalização da média complexidade, independente de cofinanciamento federal e/ou estadual..

Indique se atualmente, está em funcionamento no estado algum serviço/unidade de caráter REGIONAL de proteção social especial de alta complexidade.

**Sim**

Marque essa opção caso o atualmente, está em funcionamento no estado algum serviço/unidade de caráter REGIONAL de proteção social especial de alta complexidade.

**Não (pule para a questão 20)**

Marque essa opção caso, atualmente, não esteja em funcionamento no estado algum serviço/unidade de caráter REGIONAL de proteção social especial de alta complexidade. **Nesse caso, pule para a questão 20.**

**19. Quais serviços de alta complexidade de caráter REGIONAL são ofertados no Estado? (admite múltiplas respostas).**

**Atenção!** Admite múltiplas respostas

Indique quais serviços de alta complexidade de caráter REGIONAL são ofertados no Estado).

- Unidades de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes
- Unidades de Acolhimento Institucional para idosos
- 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 adultos em processo de saída das ruas
- Unidades de Acolhimento em República para idosos
- Família Acolhedora para crianças e adolescentes

**BLOCO 5 – PLANO DE POVIDÊNCIA E APOIO TÉCNICO**

**20. Em 2020 o planejamento de apoio técnico aos municípios foi pactuado na CIB?**

Entende-se por **apoio técnico** atividades de assessoria e apoio, envolvendo a produção e distribuição de material técnico; capacitações presenciais e capacitações à distância; assessoramento técnico de forma presencial no município; assessoramento técnico à distância, entre outras atividades, que tenham por objetivo o aprimoramento da gestão e a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população.

**Sim**

Marque essa opção caso o Estado possua um plano de apoio que tenha sido pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para os municípios.


**Não**

Marque essa opção caso não haja planejamento de apoio pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

**21. Quais ações de apoio técnico foram ofertadas aos municípios em 2020? (admite múltiplas respostas)**

Indicar a forma ou os meios utilizados para a realização do apoio técnico e/ou assessoria aos municípios:

- Encontros/Eventos de apoio técnico presenciais (responda à questão 22)
- Encontros/Eventos de apoio técnico remotos (a distância) (responda à questão 22)
- Apoio técnico individualizado a municípios específicos
- Monitoramento com periodicidade mínima anual
- Seminários
- Visitas técnicas
- Centrais de relacionamento
- Elaboração de orientações técnicas e materiais informativos
- Videoconferências e transmissões ao vivo
- Sítios eletrônicos e aplicativos
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

 Indique outras formas de apoio que foram prestados aos municípios que não estão relacionados nesta lista.

**22. Caso tenha realizado encontros/eventos de apoio técnico, sejam presenciais ou remotos, indique abaixo os temas dos eventos realizados: (Apenas responda esta questão, se marcou que realizou encontros/eventos na questão anterior. Escreva com a maior clareza possível quais foram as temáticas trabalhadas - questão aberta)**

**23. Há um plano de providência vigente no Estado no momento?**

Conforme NOB SUAS 2012 (Resolução CNAS nº 33/2012) e [Resolução CIT n.º 08/2010](#), art. 10, o Estado pode elaborar plano de providências e de apoio técnico com vistas a sanar irregularidades do SUAS. É um instrumento que pode ser utilizado pelos Estados, caso acordado nas instâncias de deliberação e pactuação do Estado.

- Sim
- Não (pule para a questão 26)

**24. Quais os principais temas presentes no plano de providência? (admite múltiplas respostas)**

- Adequação dos CRAS
- Adequação dos CREAS
- Regulamentação da oferta de benefícios eventuais
- Implantação da Vigilância Socioassistencial no município
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**25. Quantos municípios compõe o plano de providência e/ou de apoio técnico do Estado?**

Conforme NOB SUAS 2012 (Resolução CNAS nº 33/2012) e [Resolução CIT n.º 08/2010](#), art. 10, o Estado pode elaborar plano de providências e de apoio técnico com vistas a sanar irregularidades do SUAS. É um instrumento que pode ser utilizado pelos Estados, caso acordado nas instâncias de deliberação e pactuação do Estado.

Indicar abaixo o número de municípios que compõe o plano de providência e apoio técnico do Estado, no momento atual. Indicar todos os municípios em que o plano sugere uma atuação do Estado.

## BLOCO 6 – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB)

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

Conforme dispõe a [NOB SUAS 2012](#), em seu art. 136, §1º, as Comissões Intergestores Bipartite - CIBs devem contar com representação do estado e dos municípios em seu âmbito, levando em conta o porte dos municípios e sua distribuição regional.

### Classificação dos Municípios segundo Porte:

- Pequeno Porte I – até 20.000 habitantes
- Pequeno Porte II – entre 20.001 a 50.000 habitantes
- Médio Porte – entre 50.001 a 100.000 habitantes
- Grande Porte – entre 100.001 a 900.000 habitantes
- Metrópoles – acima de 900.000 habitantes

Ainda de acordo com a NOB SUAS 2012, as CIBs deverão possuir a seguinte composição:

- I - 06 (seis) representantes do Estado e seus respectivos suplentes, indicados pelo gestor estadual da política de assistência social;
- II - 06 (seis) representantes dos Municípios e seus respectivos suplentes, indicados pelo COEGEMAS, observando a representação regional e o porte dos municípios, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Assistência Social – PNAS, sendo:
  - a) 02 (dois) representantes de municípios de pequeno porte I;
  - b) 01 (um) representante de municípios de pequeno porte II;
  - c) 01 (um) representante de municípios de médio porte;
  - d) 01 (um) representante de municípios de grande porte; e
  - e) 01 (um) representante da capital do Estado.

Indique a composição da CIB, especificando a quantidade de titulares e suplentes, conforme o porte do município.

Representação Estadual e de acordo com o Porte dos Municípios	Representação	
	Quantidade de Titulares	Quantidade de Suplentes
Representantes da Gestão Estadual		
Representantes de Municípios de Pequeno Porte I		
Representantes de Municípios de Pequeno Porte II		
Representantes de Municípios de Médio Porte		
Representantes de Municípios de Grande Porte		
Representantes de Metrôpoles/capitais		

27. Existe algum critério de representação regional na CIB?

Sim

Marque essa opção se é adotado algum critério de representação regional na CIB.

Não *(pule para a questão 29)*

Marque essa opção se **NÃO** é adotado algum critério de representação regional na CIB.

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

Se a sua resposta na questão anterior foi **SIM** responda se há rotatividade na representação por região:

Sim

Marque essa opção se é adotado alguma rotatividade por região do Estado.

Não

Marque essa opção se não é adotado alguma rotatividade por região do Estado.

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

Informe se os membros da CIB que representam os municípios foram indicados pelo Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social – COEGEMAS, ou similar.

**Sim**

Marque essa opção caso todos os gestores municipais, membros da CIB, tenham sido indicados pelo COEGEMAS.

**Não**

Marque essa opção caso nem todos ou nenhum dos gestores municipais que compõem a CIB tenham sido indicados pelo COEGEMAS ou similar.

**30. Há representante escolhido do Conselho Estadual de Assistência Social - CEAS para participar da CIB?**

**Sim**

Marque essa opção se há representante escolhido do Conselho Estadual de Assistência Social para participar da CIB.

**Não**

Marque essa opção se **NÃO** há representante escolhido do Conselho Estadual de Assistência Social para participar da CIB.

**31. A CIB pactuou o calendário de reuniões ordinárias anual?**

**Sim**

Marque essa opção se a CIB pactuou o calendário de reuniões ordinárias anual.

**Não**

Marque essa opção se a CIB **NÃO** pactuou o calendário de reuniões ordinárias anual.

**32. Quantas reuniões a CIB realizou no ano de 2019?**

Indique em algarismo numérico até o número 99 a quantidade de **reuniões da CIB realizadas**, na capital do Estado, no ano de 2019. **Caso não possua, insira "0" (zero).**

□□□

**33. Quantas reuniões descentralizadas a CIB realizou no ano de 2019?**

Reuniões descentralizadas são aquelas que foram realizadas fora da capital do Estado.

Indique em algarismo numérico até o número 99 a quantidade de **reuniões descentralizadas** da CIB realizadas no ano de 2019. **Caso não possua, insira "0" (zero).**

□□□

**34. Quantas reuniões a CIB realizou de janeiro a agosto de 2020?**

Indique em algarismo numérico até o número 99 a quantidade de **reuniões da CIB realizadas**, na capital do Estado, entre janeiro e agosto de 2020. **Caso não possua, insira "0" (zero).**

\_\_\_

**35. Quantas destas reuniões da CIB (de janeiro a agosto de 2020), foram por videoconferências?**

Indique em algarismo numérico até o número 99 a quantidade de reuniões da CIB realizadas, na capital do Estado, entre janeiro e agosto de 2020, por meio de VIDEOCONFERÊNCIA. *Caso não possua, insira "0" (zero).*

\_\_\_

**36. De que maneira as resoluções e materiais das reuniões da CIB são publicizados (tornam-se de conhecimento para a sociedade)? *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a primeira opção)***

- Não são publicizados *(siga para a questão 37)*
- São enviados aos membros da CIB
- São enviados a todos os municípios dos estados
- São disponibilizados no sítio da Secretaria Estadual
- São enviados ao Conselho Estadual de Assistência Social
- Em Boletins produzidos pela área de assistência social

**BLOCO 7 – FUNCIONAMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

**37. Informe as ações realizadas no âmbito da gestão da Assistência Social durante a pandemia decorrente do Coronavírus – COVID-19. *(admite múltiplas respostas, exceto se marcar a última opção)***

- Realização de diagnóstico estadual, mapeando os principais riscos à transmissibilidade no território
- Participou ou Elaborou o plano de contingência/resposta
- Apoiou os municípios na reorganização das unidades de acolhimento
- Apoiou os municípios no atendimento à população de rua
- Produziu orientações técnicas específicas para o atendimento durante o período da pandemia
- Pactuação com o Sistema de Justiça de fluxos e procedimentos necessários à situação de emergência.
- Realizou cofinanciamento com recursos extraordinários para os municípios durante a pandemia.
- Regulamentou cofinanciamento específico para benefício eventual em situação de calamidade devido à pandemia
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_
- Não realizou ações durante a pandemia decorrente do Coronavírus

**38. Com relação à situação de emergência em saúde pública decorrente da Covid-19 (novo Coronavírus), como foi organizada a jornada de trabalho das(os) profissionais da gestão estadual do SUAS durante a pandemia? *(Admite múltiplas respostas)***

- Trabalho presencial não foi alterado durante a pandemia
- Trabalho presencial com revezamento de equipe
- Trabalho remoto (teletrabalho)
- Jornada de trabalho reduzida
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**39. Durante a pandemia de Covid-19, as(os) profissionais da gestão estadual do SUAS tiveram acesso a EPI - Equipamentos de Proteção Individual? (Resposta única)**


- Sim, na quantidade suficiente para o atendimento
- Sim, mas em quantidade insuficiente
- Não, havia a necessidade, mas não teve acesso aos EPIS
- Não, não foi necessário

## BLOCO 8 – GESTÃO DO TRABALHO

**40. No ano de 2019, o estado realizou/promoveu cursos de capacitação para as(os) as(os) trabalhadoras(es) da Assistência Social do estado ou dos municípios? Caso marque "Não" pule a próxima questão da linha.**

Informar se, no ano de 2019, os trabalhadores (técnicos, comissionados, e outros profissionais independente da vinculação) da Assistência Social do Estado/DF ou dos municípios tiveram acesso a curso(s) de capacitação promovido(s) ou realizado(s) pelo Estado.

Indicar a modalidade do curso, se presencial ou à distância e o número de trabalhadores capacitados.

 A pergunta admite mais de uma marcação, tendo em vista a possibilidade de realização de mais de um curso de capacitação no ano de 2019.


Entende-se por capacitação as atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias de uma profissão ou grupo de profissões.

Participação em Cursos de Capacitação pelos trabalhadores da assistência social	Participou?		Qual o número aproximado de trabalhadores capacitados
	Sim	Não	
Capacitação <u>presencial</u> para os <u>trabalhadores estaduais</u> da assistência social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□
Capacitação <u>à distância</u> para os <u>trabalhadores estaduais</u> da assistência social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□
Capacitação <u>presencial</u> para os <u>trabalhadores municipais</u> da assistência social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□
Capacitação <u>à distância</u> para os <u>trabalhadores municipais</u> da assistência social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□

**41. No ano de 2019 o estado realizou/promoveu cursos de capacitação para os conselheiros estaduais ou municipais da assistência social? Caso marque "Não" pule a próxima questão da linha.**

Informar se, no ano de 2019, os conselheiros da Assistência Social do Estado/DF ou dos municípios tiveram acesso a curso(s) de capacitação promovido(s) ou realizado(s) pelo Estado.

Indicar a modalidade do curso, se presencial ou à distância e o número de conselheiros capacitados.

 A pergunta admite mais de uma marcação, tendo em vista a possibilidade de realização de mais de um curso de capacitação no ano de 2019.

Entende-se por capacitação as atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias de uma profissão ou grupo de profissões.





- Centralizado no governo  
 Do órgão responsável pelo planejamento  
 De outro órgão. Qual? \_\_\_\_\_

Neste caso, especifique a qual outro órgão pertence o PCCS.

**45. Qual o ano da última atualização deste PCCS?**

Informe no campo específico no formato “aaaa”, o ano da última atualização do PCCS. ( ex: 2020)

|\_|\_|\_|\_|

**46. No ano de 2019, o Estado realizou concurso público para contratação de trabalhadores (nível superior ou médio) para Secretaria Estadual de Assistência Social? *Caso “não” pule para as demais questões da linha***

Informar se no ano de 2019 houve concurso público no Estado para contratação de trabalhadores para a Secretaria Estadual de Assistência Social. **Considerar apenas os concursos com resultado homologado em 2019**, informando a data de homologação e o número de trabalhadores que tomaram posse.

Caso o município tenha realizado concurso ao longo do ano de 2019, mas a homologação do resultado final tenha ocorrido em 2020, marque a opção **“Realizou concurso? Não”**.

Se o concurso realizado foi destinado a cargos dos dois níveis, superior e médio, preencha as duas linhas.

Nível de Escolaridade	Realizou Concurso?	Quantidade de Vagas	O concurso já foi homologado?	Data da Homologação do Concurso	Quantidade de trabalhadores que tomaram posse
<i>Nível Superior</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ / _ _ /2019	_ _ _
<i>Nível Médio</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ / _ _ /2019	_ _ _

**Para Nível Superior**

**Realizou concurso?**

**Não**, para trabalhadores de **Nível Superior**.

Indicar esta opção caso não tenha sido realizado concurso público para preenchimento de cargos de nível superior para o órgão gestor da Assistência Social no ano de 2019.



**Se não foi realizado concurso para trabalhadores o Nível Superior não responda as demais questões que constam nesta linha.**

**Sim**, para trabalhadores de **Nível Superior**.

Indicar esta opção caso o(s) concurso(s) realizado(s) no ano de 2019 tenha(m) previsto o preenchimento de vagas para cargo de nível superior.

**Quantidade de Vagas.** |\_|\_|\_|\_|

Assinale a quantidade de vagas para nível superior previstas no edital de abertura.

**O concurso já foi homologado?**

**Homologação** é o processo de oficialização do concurso por um órgão jurídico ou administrativo. A homologação é a última etapa de realização do concurso.

**Sim**

**Não**

**Data de Homologação do Concurso** |\_|\_|\_|/|\_|\_|/2019.

Indicar a data do instrumento legal, seja Lei, Decreto ou Portaria, que homologou o concurso, no formato dd/mm. Só são permitidas datas no ano de 2019. Conforme descrito acima, caso o concurso não tenha tido seu resultado homologado em 2019, preencha a opção “Não realizou concurso”.

**Quantidade de Trabalhadores que tomaram posse |\_\_|\_\_|\_\_|.**

Responder numericamente a quantidade no limite até 999. Caso nenhum trabalhador tenha tomado posse, responder “0” (zero).

#### **Para Nível Médio**

**Realizou concurso?**

**Não, para trabalhadores de Nível Médio.**

Indicar esta opção caso não tenha sido realizado concurso público para preenchimento de cargos de nível médio para o órgão gestor da Assistência Social no ano de 2018.



Se não foi realizado concurso para trabalhadores o Nível Médio não responda as demais questões que constam nesta linha.

**Sim, para trabalhadores de Nível Médio.**

Indicar esta opção caso o(s) concurso(s) realizados no ano de 2019 tenha(m) previsto o preenchimento de vagas para cargo de nível médio.

**Quantidade de Vagas. |\_\_|\_\_|\_\_|**

Assinale a quantidade de vagas para nível médio previstas no edital de abertura.

**O concurso já foi homologado?**



**Homologação** é o processo de oficialização do concurso por um órgão jurídico ou administrativo. A homologação é a última etapa de realização do concurso.

**Sim**

**Não**

**Data de Homologação do Concurso |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/2019.**

Indicar a data do instrumento legal, seja Lei, Decreto ou Portaria, que homologou o concurso, no formato dd/mm. Só são permitidas datas no ano de 2016. Conforme descrito acima, caso o concurso não tenha tido seu resultado homologado em 2017, preencha a opção “Não realizou concurso”.

**Quantidade de Trabalhadores que tomaram posse |\_\_|\_\_|\_\_|.**

Responder numericamente a quantidade no limite até 999.

#### **47. O Núcleo de Educação Permanente - NUEP foi implantado no Estado? (Resposta única)**

**Sim, de maneira formal**

**Sim, de maneira informal**

**Não**

A Resolução nº 4, de 13 de março de 2013, do Conselho Nacional de Assistência Social, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único da Assistência Social -PNEP/SUAS. No item 9.2 da Resolução, consta que “Os Núcleos de Educação Permanente do SUAS devem ser organizados de acordo com as capacidades da União, dos estados e do Distrito Federal, na forma de instâncias colegiadas, constituindo-se em locus privilegiado de: a) descentralização para estados, Distrito Federal e municípios de atribuições relacionadas à realização de diagnósticos de competências e necessidades de qualificação e de formação, oferta e implementação de ações de formação e capacitação; b) participação social na elaboração de diagnósticos de necessidades de qualificação e no planejamento das ações de Educação Permanente; c) interlocução, diálogo e cooperação entre os diferentes sujeitos envolvidos na implementação desta Política; d) proposição de alternativas às equipes responsáveis pela Gestão do Trabalho nas três esferas de governo.”

48. Em caso positivo, quantas reuniões foram realizadas em 2019 e em 2020 (de janeiro a agosto)? *Caso não possua, insira "0" (zero).*

Em 2019	_ _ _  reuniões
Em 2020 (de janeiro a agosto)	_ _ _  reuniões

49. O município possui Mesa de Gestão do Trabalho do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)?

Sim  Não (*pule para a questão 51*)

50. Com qual frequência ocorreram as reuniões ordinárias da Mesa de Gestão do Trabalho do SUAS no ano de 2019? (*Resposta única*)

- Uma vez por ano
- Uma vez por semestre
- Uma vez a cada três meses
- Uma vez a cada dois meses
- Não tem periodicidade definida

**51. 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 51 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	Sexo	Número do CPF	Dados do RG			E-mail	Escolaridade	Profissão	Vínculo	Cargo	Carga horária SEMANAL	Início do Exercício Função (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.**

<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>Cargo</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Área de atuação</b>
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	<p><b>Atenção! Informe a área de atuação apenas para as (os) profissionais que possuem escolaridade de nível médio completo ou superior.</b></p> 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 9 – 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) Estadual 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 do agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:**

Nome Legível: \_\_\_\_\_

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 do representante da Vigilância Socioassistencial:**

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

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

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

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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