

# CENSO SUAS 2025

Secretaria Nacional de Assistência Social

## Questionário Fundo Municipal

Fundo Municipal de Assistência Social

RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

<https://censo-suas.mds.gov.br/censocidadania/index.php>

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 2025 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: <https://falemds.centralit.com.br/atendimento/chatmds/index.html>
- Email: [vigilanciasocial@mds.gov.br](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br)
- Formulário Eletrônico de E-mail: <https://falemds.centralit.com.br/formulario/>
- Pelo telefone: 121
- Ou ainda pelos telefones 61 2030-3300 e 3376

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: \_\_\_\_\_

Seleciona o Tipo de Logradouro (avenida, rua etc.): \_\_\_\_\_

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

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

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

DDD – Telefone: | \_\_\_\_-\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Ramal: | \_\_\_\_|\_\_\_\_|

## 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

2. O(a) ordenador(a) de despesa do FMAS é? (Considere o ano de 2024 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

3. Os recursos PRÓPRIOS DO MUNICÍPIO de 2025 que foram aplicados na Assistência Social foram 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

4. O órgão gestor municipal fez, em 2024, 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

5. Quantas entidades receberam, em 2024, recurso do órgão gestor municipal por convênio/termo de parceria? (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)

| \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Total de entidades

**6. Em 2024 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 08**)

	Sim, fundo-a- fundo	Sim, via convê- nio	Sim, por convênio e fundo- a-fundo	Não recebe
Proteção Social Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteção Social Especial de Média Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteção Social Especial de Alta Complexidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benefícios Eventuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivo à Gestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfrentamento de situações de calamidade pública e emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Caso o município tenha recebido em 2024 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.

**8. O recurso para financiamento municipal dos Benefícios Eventuais foi previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano de 2025?**

- Sim  Não

**9. O recurso para financiamento municipal dos Benefícios Eventuais foi alocado no FMAS?**

- Sim  Não. Então, onde foi alocado? \_\_\_\_\_

**10. Qual percentual dos recursos do IGD-PBF o município destina para o Conselho Municipal de Assistência Social? (Resposta única)**

- Menos de 3%.  
 de 3% a 5%.  
 de 5% a 10%.  
 Mais de 10%  
 Não sei.  
 O município não destina recursos do IGD-PBF para o Conselho Municipal

**11. Qual percentual dos recursos do IGDSUAS o município destina para o Conselho Municipal de Assistência Social? (Resposta única)**

- Menos de 3%.  
 de 3% a 5%.  
 de 5% a 10%.  
 Mais de 10%  
 Não sei.  
 O município não destina recursos do IGDSUAS para o Conselho Municipal

## 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 2024 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 2023.
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 2024, no quadro de despesa, excluindo os inscritos em restos a pagar para 2025 e incluindo os restos a pagar oriundos de 2023 e pagos em 2024.
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.

12. Especifique os recursos financeiros e despesas do município na área de Assistência Social no ano de 2024, 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”)**

**BLOCO 4 – RECURSOS HUMANOS**

13. 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 <b>SEMANAL</b>	Início do Mandato DD/MM/AAAA
				Número	Órgão Emissor	UF						
1)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
2)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
3)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
4)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
5)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
6)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
7)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
8)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
9)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					
10)		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/>					

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

Escolaridade	Profissão	Tipo de Vínculo	Função no Fundo de Assistência Social	Carga Horária
0. Sem Escolaridade	1 – Assistente Social	1 – Comissionado	1 – Apoio	1 - Até 10 horas
1. Ensino Fundamental Incompleto	2 – Psicólogo (a) 3 – Pedagogo (a) 4 – Advogado (a)	2 – Empregado Público Celetista (CLT) 3 – Outro vínculo não permanente	Administrativo 2 – Coordenador(a) 3 – Educador(a) Social	semanais 2 - De 11 a 20 horas
2. Ensino Fundamental Completo	5 – Administrador (a) 6 – Antropólogo (a) 7 – Sociólogo (a)	4 – Servidor Temporário 5 – Servidor/Estatutário	3 - De 21 a 30 horas 4 – Estagiário(a) 5 – Gestor(a)	semanais semanais
3. Ensino Médio Incompleto	8 – Fisioterapeuta 9 – Cientista político(a)	6 – Terceirizado 7 – Trabalhador de Empresa/ Cooperativa/ Entidade Prestadora de Serviços	6 – Ordenador(a) de Despesas 7 – Serviços Gerais	4 - De 31 a 40 horas 5 - De 41 a 44 horas
4. Ensino Médio Completo	10 – Nutricionista 11 – Médico(a)	8 – Voluntário	<b>(limpeza, conservação, motoristas etc.)</b>	semanais
5. Ensino Superior Incompleto	12 – Musicoterapeuta 13 – Terapeuta Ocupacional	9 – Sem vínculo	8 – Técnico(a) de nível Médio	6 - Mais de 44 horas
6. Ensino Superior Completo	14 – Economista 15 – Economista Doméstico		9 – Técnico(a) de nível superior	semanais
7. Especialização	16 – Enfermeiro (a)		10 – Outros	
8. Mestrado	17 – Analista de sistema			
9. Doutorado	18 – Programador(a) 19 – Outro(a) profissional de nível superior 20 – Profissional de nível médio 21 – Sem formação profissional 22 - Contador			

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: \_\_\_ / \_\_\_ /2025

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 congêneres).