**Anexo: Formulário para Habilitação e Plano de Aplicação *(versão word)***

O **Formulário para Habilitação e Plano de Aplicação ao Cofinanciamento Estadual 2026**, disponibilizado pela Secretaria de Estado da Assistência Social, Mulher e Família - SAS, é o instrumento oficial para a habilitação, a formalização de aceite e o planejamento da execução dos recursos do cofinanciamento estadual da política de assistência social, de Santa Catarina.

Por meio deste Formulário, o Município apresenta informações sobre os serviços socioassistenciais ofertados, os equipamentos disponíveis, o funcionamento da gestão, o controle social e o plano de aplicação dos recursos, sendo coletados dados que contribuem para o diagnóstico estadual da Assistência Social.

Para habilitação e definição dos recursos a serem destinados a cada município, consideram-se as legislações e normativas do SUAS, as regulamentações dispostas nas Resoluções publicadas pelo CEAS, que observam também a pactuação CIB, incluindo:

- Equipamentos ativos no Sistema de Cadastro Nacional do SUAS – CadSUAS;

- Serviços ofertados de Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média e de Alta Complexidade;  
- Regulamentação e oferta de Benefícios Eventuais, em conformidade com a Resolução CEAS nº 16/2022;

- Aceite para Incentivo à Gestão do SUAS municipal.

Além do preenchimento deste Formulário, a efetivação da habilitação está condicionada à abertura de processo e envio dos documentos pelo **Portal de Serviços do Governo de SC,** disponível no link: <https://www.sc.gov.br/servicos/solicitar-cofinanciamento-da-politica-de-assistencia-social-estadual-para-municipios>.

**No Portal de Serviços do Governo de SC devem ser enviados os seguintes documentos:**

 - Cópia da resposta enviada pelo Formulário Google do "Formulário para Habilitação e Plano de Aplicação ao Cofinanciamento Estadual 2026" (obrigatório).

- Resolução do Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS que aprova o "Formulário para Habilitação e Plano de Aplicação ao Cofinanciamento Estadual 2026" (obrigatório).

- Anexo: Declaração de contas bancárias ativas (obrigatório).

- Anexo: Termo de Compromisso – Gestor Municipal da Assistência Social (obrigatório).

- Lei de Benefícios Eventuais do município e a Publicação do Diário Oficial (anexar somente no caso de nova Lei publicada ou de alteração na Lei em vigor, em 2025).

- Lei que institui o Fundo Municipal de Assistência Social - FMAS (anexar somente no caso de nova Lei publicada ou de alteração na Lei em vigor, em 2025).

- Lei do SUAS municipal (anexar somente no caso de nova Lei publicada ou de alteração na Lei em vigor, em 2025).

- Plano de Assistência Social do município - PAS (enviar caso o município já tenha elaborado e aprovado novo PAS, em 2025).

**IMPORTANTE:**As orientações para as etapas da Habilitação, o cronograma e os modelos dos anexos estão disponíveis no site oficial da SAS, no link: <https://www.sas.sc.gov.br/index.php/assistencia-social2/gerencia-de-gestao-do-fundo-estadual-de-assistencia-social-gfeas/cofinanciamento-2026>

**I. INFORMAÇÕES GERAIS**

**Nome do município:**

|  |
| --- |
|  |

**Porte do município** *(marque com X na opção correta)***:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Pequeno porte I |  | Médio Porte |
|  | Pequeno porte II |  | Grande Porte |

**Macrorregião** *(marque com X na opção correta)***:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Foz do Rio Itajaí / Nordeste |  | Planalto Norte |
|  | Grande Florianópolis |  | Serra Catarinense |
|  | Grande Oeste |  | Sul |
|  | Meio Oeste |  | Vale do Itajaí |

**Nome da Secretaria** *(Exemplo: Secretaria Municipal de Assistência Social):*

|  |
| --- |
|  |

**CNPJ do município** *(escreva somente números):*

|  |
| --- |
|  |

**CNPJ do Fundo Municipal de Assistência Social***(escreva somente números):*

|  |
| --- |
|  |

**Nome completo do Gestor Municipal da Assistência Social** *(sem abreviatura)***:**

|  |
| --- |
|  |

**Contato telefônico do Gestor Municipal da Assistência Social** *(com DDD):*

|  |
| --- |
|  |

**Nome completo e Função do Técnico Responsável pelo preenchimento do Formulário para Habilitação ao Cofinanciamento Estadual:***(Ex: Ana Souza - Assistente Social da gestão):*

|  |
| --- |
|  |

**Contato telefônico de referência para assuntos relacionados ao Cofinanciamento Estadual:**

|  |
| --- |
|  |

**E-mail institucional de referência para assuntos relacionados ao Cofinanciamento Estadual:**

|  |
| --- |
|  |

**II. CONTROLE SOCIAL**

**O município possui Conselho de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Qual a data da última eleição de conselheiros do Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS?** \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA)

**O CMAS realiza plenárias ordinárias** *(marque X em somente uma opção)***?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim, as plenárias são mensais. |  | Sim, as plenárias são bimestrais. |
|  | Sim, as plenárias são semestrais. |  | Não há programação para plenárias. |
|  | As plenárias são realizadas somente quando há pauta para aprovação. |  | Outro: |

**As plenárias do CMAS ocorrem em qual modalidade** *(marque X em somente uma opção)***?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | As plenárias são presenciais. |  | As plenárias ordinárias são presenciais e as extraordinárias são remotas ou híbridas. |
|  | As plenárias são híbridas (alguns conselheiros participam de forma presencial e outros de forma remota). |  | Não há definição, algumas plenárias são presenciais, outras híbridas ou remotas. |
|  | As plenárias são virtuais. |  | Não são realizadas plenárias. |
|  | Outro: | | |

**O CMAS acompanha, avalia e fiscaliza a gestão dos recursos do Fundo Municipal de Assistência Social** *(marque X em somente uma opção)***?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |  | Parcialmente |

**III. FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**Qual é a Lei que institui o Fundo Municipal de Assistência Social ?** *(ex: Lei nº xx de xx/xx/xxxx)*

**O município possui técnico(a) que trabalha exclusivamente em atividades relativas ao financiamento da Assistência Social?** *(marque com X em uma ou mais opções)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sim - Ciências Contábeis |  | Sim - Administração |  | Sim - Nível médio/técnico |
|  | Sim - Economia |  | Sim - Ciências Políticas |  | Sim - Outros |
|  | Sim - Serviço Social |  | Sim - Educação/ Pedagogia |  | Não é exclusivo |
|  | Sim - Sociologia |  | Sim - Direito |  | Não possui |

**Quanto(s) técnico(s) trabalha(m) exclusivamente em atividades relativas ao financiamento da Assistência Social?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 01 (um) |  | 02 (dois) |  | 03 (três) |  | Mais de 03(três) |

**O Fundo Municipal de Assistência Social – FMAS possui gestor(a), nomeado(a) formalmente por portaria?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |  | A lei municipal que trata do FMAS prevê que o Secretário de Assistência Social seja o gestor do Fundo. |

**As ações financiadas pela Assistência Social estão previstas no Plano Plurianual (PPA)?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Considerando a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Assistência Social está prevista na Lei Orçamentária Anual (LOA), com dotação específica para suas ações e serviços?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**O Plano de Aplicação é um documento anual ou plurianual que detalha como os recursos do FMAS serão utilizados. Deve estar alinhado ao PMAS e aprovado pelo Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS). O FMAS possui Plano e Aplicação vigente, aprovado pelo Conselho Municipal de Assistência Social?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Qual o saldo TOTAL das contas bancárias do Fundo Municipal de Assistência Social relativas ao Cofinanciamento Estadual na data de 30/09/2025?** *(Somar o saldo de todas as contas do repasse estadual conforme o extrato bancário).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Até R$ 50.000,00 |  | De R$ 250.000,01 a  R$ 350.000,00 |  | De R$ 800.000,01 a  R$ 1.000.000,00 |
|  | De R$ 50.000,01 a  R$ 100.000,00 |  | De R$ 350.000,01 a  R$ 450.000,00 |  | De R$ 1.000.000,01 a  R$ 1.500.000,00 |
|  | De R$ 100.000,01 a  R$ 150.000,00 |  | De R$ 450.000,01 a  R$ 600.000,00 |  | Acima de R$ 1.500.000,00 |
|  | De R$ 150.000,01 a  R$ 250.000,00 |  | De R$ 600.000,01 a  R$ 800.000,00 |  |  |

**Qual o VALOR TOTAL JÁ EMPENHADO das contas bancárias do Fundo Municipal de Assistência Social relativas ao Cofinanciamento Estadual, em 30/09/2025?** *(Somar o valor total que estava empenhado, de todas as contas do repasse estadual, na data informada acima).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Até R$ 50.000,00 |  | De R$ 250.000,01 a  R$ 350.000,00 |  | De R$ 800.000,01 a  R$ 1.000.000,00 |
|  | De R$ 50.000,01 a  R$ 100.000,00 |  | De R$ 350.000,01 a  R$ 450.000,00 |  | De R$ 1.000.000,01 a  R$ 1.500.000,00 |
|  | De R$ 100.000,01 a  R$ 150.000,00 |  | De R$ 450.000,01 a  R$ 600.000,00 |  | Acima de R$ 1.500.000,00 |
|  | De R$ 150.000,01 a  R$ 250.000,00 |  | De R$ 600.000,01 a  R$ 800.000,00 |  |  |

**IV. GESTÃO MUNICIPAL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**A pasta da Secretaria de Assistência Social é compartilhada com outras políticas públicas?** *(marque X em uma ou mais opções)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Não. Somente política de Assistência Social. |  | Sim. É compartilhada com Infraestrutura. |
|  | Sim. É compartilhada com Saúde. |  | Sim. É compartilhada com Direitos Humanos. |
|  | Sim. É compartilhada com Educação. |  | Sim. É compartilhada com Habitação. |
|  | Sim. É compartilhada com Emprego/ Renda. |  | Sim. É compartilhada com a Cultura. |
|  | Sim. É compartilhada com outra(s) secretaria(s) não citada(s). | | |

**O município possui Lei do SUAS?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sim. Sem alteração no ano de 2025. |
|  | Não. |
|  | Lei em processo de elaboração. |
|  | Sim. Houve aprovação de nova lei ou alteração na lei em 2025.  (neste caso, a lei e sua publicação oficial deverão ser anexados junto aos demais documentos para habilitação no Portal de Serviços) |

**O município possui Plano de Assistência Social – PAS, aprovado pelo Conselho Municipal de Assistência Social?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Informe sobre o status do Plano Municipal de Assistência Social – PAS vigência 2026-2029:**

**(Prazo para envio: 05/12/25)** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Elaboração não iniciada. |  | Em elaboração. |
|  | Elaboração finalizada, aguardando aprovação do CMAS. |  | Elaboração finalizada, aprovado pelo CMAS. |

**O município possui veículo exclusivo para a Assistência Social?** *(Informe a quantidade)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Exclusivo - Gestão da Assistência Social |  | Exclusivo - Cadastro Único |
|  | Exclusivo - Proteção Social Básica |  | Compartilhado - Outras políticas públicas |
|  | Exclusivo - Proteção Social Especial |  |  |
|  | Compartilhado entre os serviços e gestão da Assistência Social. | | |

**V - ACEITE E PLANO DE APLICAÇÃO COFINANCIAMENTO ESTADUAL 2026**

**Definição percentual para destinação dos recursos para o Cofinanciamento Estadual 2026:** *(marque X em* ***SOMENTE UMA*** *opção. A opção marcada será considerada para o repasse dos blocos da Proteção Social Básica, Proteção Social Especial e Incentivo à Gestão.).*

|  |  |
| --- | --- |
|  | 50% para custeio e 50% para investimento. |
|  | 70% para custeio e 30% para investimento. |
|  | 100% para custeio. |

**O repasse do Cofinanciamento Estadual 2026 será realizado nas contas bancárias cadastradas no sistema estadual, já informadas pelos municípios.**

As contas bancárias cadastradas estão disponíveis no link do site oficial da SAS:

<https://www.sas.sc.gov.br/index.php/assistencia-social2/gerencia-de-gestao-do-fundo-estadual-de-assistencia-social-gfeas/cofinanciamento-2026>

Caso seja necessário alterar dados bancários, enviar e-mail com as informações para o endereço eletrônico: [gefas@sas.sc.gov.br](mailto:gefas@sas.sc.gov.br).

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ciente |

**VI - PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA**

**DEFINIÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA, CONFORME A LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS, Art. 6º, 1993):** Conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

|  |  |
| --- | --- |
| *Aceite Cofinanciamento Estadual Proteção Social Básica: (marque com X uma opção)* | |
|  | O Município formaliza o aceite ao Cofinanciamento Estadual 2026 para a Proteção Social Básica. |
|  | O município não possui interesse no Cofinanciamento Estadual 2026 para a Proteção Social Básica. |

**Quantos CRAS o município possui?** *(marque X em somente uma opção)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 01 (um) |  | 02 (dois) |  | 03 (três) |  | 04 (quatro) |  | 05 (cinco) |  | 06 (seis) |
|  | 07 (sete) |  | 08 (oito) |  | 09 (nove) |  | 10 (dez) |  | 11 (onze) |  | 12 (doze) |

**Quais são os cargos e a quantidade de profissionais que compõem a equipe do(s) CRAS?** *(Informe a quantidade para cada categoria profissional/cargo.Se não houver, informar zero).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Coordenador  (Função exclusiva) |  | Sociólogo |  | Apoio Administrativo |
|  | Assistente Social |  | Terapeuta ocupacional |  | Estagiário |
|  | Psicólogo |  | Musicoterapeuta |  | Serviços Gerais |
|  | Pedagogo |  | Economista Doméstico |  | Motorista |
|  | Antropólogo |  | Orientador/Educador Social |  | Outros - nível superior/nível médio |

**Qual a relação de vínculo do(s) coordenador(es) (exclusivo) do(s) CRAS, quando houver?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Servidor Efetivo |  | Não possui coordenador exclusivo |
|  | Cargo Comissionado |  | Outro: |

**Informe sobre o(s) imóvel que está(ão) instalado(s) o(s) CRAS:**

*(Informe a quantidade de unidade CRAS em cada situação. Caso não possua, informe zero).*

|  |  |
| --- | --- |
| PRÓPRIO (CRAS em imóvel próprio do município, construído com recurso próprio). |  |
| PRÓPRIO (CRAS em imóvel próprio do município, construído com recurso estadual). |  |
| PRÓPRIO (CRAS em imóvel próprio do município, construído com recurso federal). |  |
| ALUGADO (CRAS em imóvel alugado pelo município). |  |

**Informe sobre a localização do imóvel que está(ão) instalado(s) o(s) CRAS:**

*(Informe a quantidade de unidade CRAS em cada situação. Caso não possua, informe zero).*

|  |  |
| --- | --- |
| No local está instalado somente CRAS. |  |
| No local está instalado CRAS e CREAS. |  |
| No local está instalado CRAS e Equipe de Referência de Proteção Social Especial. |  |
| No local está instalado CRAS e Secretaria de Assistência Social. |  |
| No local está instalado CRAS e outro equipamento de Assistência Social. |  |
| No local está instalado CRAS e Conselho Tutelar. |  |
| No local está instalado CRAS e serviços de outras políticas públicas. |  |
| No local está instalado CRAS e outros estabelecimentos. |  |

**Quais Serviços de Proteção Social Básica o município oferece em equipamento governamental?** *(Marque zero se o município não executa o serviço e um se o município executa o Serviço).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Serviços | 0 | 1 |
| PAIF - Proteção e Atendimento Integral à Família |  |  |
| SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Crianças/Adolescentes) |  |  |
| SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Adultos) |  |  |
| SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Idosos) |  |  |
| Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas |  |  |

**Quais Serviços de Proteção Social Básica o município oferece através de parceria firmada com entidade de assistência social?** *(Marque zero se o município não executa o serviço e um se o município executa o serviço).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Serviços | 0 | 1 |
| SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Crianças e Adolescentes) |  |  |
| SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Adultos) |  |  |
| SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (Idosos) |  |  |
| Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas |  |  |

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Proteção Social Básica **CUSTEIO** será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções)*

**[ ]** Aquisição de materiais de expediente, de consumo, lúdicos, pedagógicos e gêneros alimentícios necessários à oferta dos Serviços da Proteção Social Básica.

**[ ]** Aquisição de produtos de limpeza, higiene e EPI necessários à oferta dos Serviços da Proteção Social Básica.

**[ ]** Despesas para realização de grupos, encontros, capacitações, palestras, oficinas, mobilizações e eventos comunitários (locação de materiais e espaço físico, lanche, coffee-break, divulgação, palestrantes pessoas físicas e jurídicas), vinculados à oferta dos Serviços da Proteção Social Básica.

**[ ]** Participação em capacitações para os trabalhadores do SUAS – Proteção Social Básica (Pagamento da inscrição, hospedagem e alimentação em capacitações com temas pertinentes ao SUAS e/ou temas que contribuam para a melhoria da capacidade técnica e execução dos Serviços da Proteção Social Básica).

**[ ]** Conservação e adaptação de imóvel público com destinação exclusiva aos Serviços da Proteção Social Básica, que se caracterizem como custeio.

**[ ]** Despesas com divulgação de ações e dos Serviços da Proteção Social Básica.

**[ ]** Pagamento de salário dos trabalhadores da Assistência Social na Proteção Social Básica, sendo considerada somente a equipe de referência do SUAS de nível superior e nível médio.

**[ ]** Aquisição de combustíveis e lubrificantes para veículos (exclusivos à oferta de Serviços da Proteção Social Básica).

**[ ]** Pagamento de serviços de água, luz, telefone e internet (exclusivos aos Equipamentos da Proteção Social Básica).

**[ ]** Serviços essenciais ao funcionamento (segurança; limpeza; copa e cozinha; transporte; sistema de dados/registros da Proteção Social Básica; locação de imóveis e materiais permanentes).

**[ ]** Despesas relacionadas à parceirização com entidade da Rede Privada do SUAS para prestação de serviços socioassistenciais.

**[ ]** Despesas com consórcios e convênios intermunicipais para prestação de serviços socioassistenciais.

**[ ]** Manutenção e/ou outras despesas de custeio vinculadas aos Serviços da Proteção Social Básica.

**[ ]** Não se aplica.

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Proteção Social Básica**INVESTIMENTO** será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções. Caso o município tenha optado por 100% custeio, marcar somente a opção “Não se aplica”).*

**[ ]** Aquisição de mobiliário e utensílios necessários à Proteção Social Básica.

**[ ]** Aquisição de equipamentos eletrônicos e de informática necessários à PSB.

**[ ]** Aquisição de veículo para uso nos equipamentos e serviços ofertados na PSB.

**[ ]** Reformas de investimento e construções em imóveis estatais do município, exclusivo para serviços ofertados na Proteção Social Básica.

**[ ]** Outras despesas de investimento vinculadas aos Serviços da Proteção Social Básica.

**[ ]** Não se aplica.

**VII - PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL**

**DEFINIÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL, CONFORME A LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS, Art. 6º, 1993):** Conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.

|  |  |
| --- | --- |
| *Aceite Cofinanciamento Estadual Proteção Social Especial de Média Complexidade: (marque com X uma opção)* | |
|  | O Município formaliza o aceite ao Cofinanciamento Estadual 2026 para a Proteção Social Especial de Média Complexidade. |
|  | O município não possui interesse no Cofinanciamento Estadual 2026 para a Proteção Social Especial de Média Complexidade. |

**Quantos CREAS o município possui?** *(marque com X uma opção)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 (zero) |  | 01 (um) |  | 02 (dois) |  | 03 (três) |  | 04 (quatro) |  | 05 (cinco) |

**Questionamento exclusivo para municípios que possuem CREAS:**

**Quais são os cargos e a quantidade de profissionais que compõem a equipe do(s) CREAS?** *(Informe a quantidade para cada categoria profissional/cargo.Se não houver, informar zero).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Coordenador  (Função exclusiva) |  | Sociólogo |  | Apoio Administrativo |
|  | Pedagogo |  | Estagiário |
|  | Assistente Social |  | Terapeuta ocupacional |  | Serviços Gerais |
|  | Psicólogo |  | Musicoterapeuta |  | Motorista |
|  | Advogado |  | Economista Doméstico |  | Outros - nível superior/nível médio |
|  | Antropólogo |  | Orientador/Educador Social |  | |

**Questionamento exclusivo para municípios que possuem CREAS:**

**Qual a relação de vínculo do(s) coordenador(es) (exclusivo) do(s) CREAS, quando houver?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Servidor Efetivo |  | Não possui coordenador exclusivo |
|  | Cargo Comissionado |  | Outro: |

**Questionamento exclusivo para municípios que possuem CREAS:**

**Informe sobre o(s) imóvel que está(ão) instalado(s) o(s) CREAS:**

*(Informe a quantidade de unidade CREAS em cada situação. Caso não possua, informe zero).*

|  |  |
| --- | --- |
| PRÓPRIO (CREAS em imóvel próprio do município, construído com recurso próprio). |  |
| PRÓPRIO (CREAS em imóvel próprio do município, construído com recurso estadual). |  |
| PRÓPRIO (CREAS em imóvel próprio do município, construído com recurso federal). |  |
| ALUGADO (CREAS em imóvel alugado pelo município). |  |

**Questionamento exclusivo para municípios que possuem CREAS:**

**Informe sobre a localização do imóvel que está(ão) instalado(s) o(s) CREAS:**

*(Informe a quantidade de unidade CREAS em cada situação. Caso não possua, informe zero).*

|  |  |
| --- | --- |
| No local está instalado somente CREAS. |  |
| No local está instalado CREAS e CRAS. |  |
| No local está instalado CREAS e Equipe de Proteção Social Especial de Alta Complexidade. |  |
| No local está instalado CREAS e Secretaria de Assistência Social. |  |
| No local está instalado CREAS e outro equipamento de Assistência Social. |  |
| No local está instalado CREAS e Conselho Tutelar. |  |
| No local está instalado CREAS e serviços de outras políticas públicas. |  |
| No local está instalado CREAS e outros estabelecimentos. |  |

**Questionamento exclusivo para municípios PP1 e PP2 que NÃO possuem CREAS:**

**O município possui equipe ou técnico de referência exclusivo para a Proteção Social Especial?** *(Orientação: não é exclusivo o profissional que atua também na Proteção Social Básica ou na Gestão, é considerado exclusivo o profissional ou equipe que atende somente a Média Complexidade e/ou Alta Complexidade)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Questionamento exclusivo para municípios PP1 e PP2 que NÃO possuem CREAS e possuem equipe ou técnico de referência exclusivo para a Proteção Social Especial:**

**Qual é a composição do quadro de profissionais que trabalha na Equipe de Referência exclusiva da Proteção Social Especial?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sim - Serviço Social |  | Sim – Direito |  | Coordenador |
|  | Sim - Psicologia |  | Sim - Pedagogia |  | Nível médio |
|  | Outro(s): | | | | |

**Questionamento exclusivo para municípios PP1 e PP2 que NÃO possuem CREAS e possuem equipe ou técnico de referência exclusivo para a Proteção Social Especial:**

**Quanto(s) profissionais(s) trabalha(m) na Equipe de Referência exclusiva da Proteção Social Especial?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 01 (um) |  | 02 (dois) |  | 03 (três) |  | 04 (quatro) |  | Mais de 04 (quatro) |

**Importante: Municípios que NÃO possuem CREAS ou equipe/técnico de referência exclusivo para a Proteção Social Especial NÃO estão aptos ao cofinanciamento para serviços da Proteção Social Especial de Média Complexidade.**

**Questionamento exclusivo para municípios que POSSUEM CREAS ou POSSUEM equipe/técnico de referência exclusivo para a Proteção Social Especial:**

**Quais Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade o município oferece no âmbito governamental?** *(Marque zero se o município não executa o serviço e um se o município executa o Serviço).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Serviços | 0 | 1 |
| PAEFI - Serviço de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos |  |  |
| 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 e Idosas |  |  |

**Questionamento exclusivo para municípios que POSSUEM CREAS ou equipe/técnico de referência exclusivo para a Proteção Social Especial:**

**Quais Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade o município oferece através de parceria firmada com entidade de assistência social?** *(Marque zero se o município não executa o serviço e um se o município executa o serviço).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Serviços | 0 | 1 |
| Serviço Especializado em Abordagem Social |  |  |
| Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas |  |  |

**O município possui o equipamento Centro POP (Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua)?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Quais são os cargos e a quantidade de profissionais que compõem a equipe do(s) Centro POP?** *(Informe a quantidade para cada categoria profissional/cargo. Se não houver, informar zero).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Coordenador  (Função exclusiva) |  | Sociólogo |  | Apoio Administrativo |
|  | Terapeuta ocupacional |  | Estagiário |
|  | Assistente Social |  | Musicoterapeuta |  | Serviços Gerais |
|  | Psicólogo |  | Economista Doméstico |  | Motorista |
|  | Pedagogo |  | Orientador/Educador Social |  | Outros - nível superior/nível médio |
|  | Antropólogo |  |  | | |

**O município possui o equipamento governamental Centro Dia?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim. Centro Dia para Pessoas Idosas. |  | Sim. Centro Dia para PCD e para Pessoas Idosas. |
|  | Sim. Centro Dia para PCD. |  | Não |

**Quais são os cargos e a quantidade de profissionais que compõem a equipe do(s) Centro Dia?** *(Informe a quantidade para cada categoria profissional/cargo.Se não houver, informar zero).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Coordenador  (Função exclusiva) |  | Sociólogo |  | Apoio Administrativo |
|  | Terapeuta ocupacional |  | Estagiário |
|  | Assistente Social |  | Musicoterapeuta |  | Serviços Gerais |
|  | Psicólogo |  | Economista Doméstico |  | Motorista |
|  | Pedagogo |  | Orientador/Educador Social |  | Outros - nível superior/nível médio |
|  | Antropólogo |  | Técnico de Nível Médio - Cuidador Social | | |

**DEFINIÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL, CONFORME A LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS, Art. 6º, 1993):** Conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.

|  |  |
| --- | --- |
| *Aceite Cofinanciamento Estadual Proteção Social Especial de Alta Complexidade: (marque com X uma opção)* | |
|  | O Município formaliza o aceite ao Cofinanciamento Estadual 2026 para a Proteção Social Especial de Alta Complexidade. |
|  | O município não possui interesse no Cofinanciamento Estadual 2026 para a Proteção Social Especial de Alta Complexidade. |

**Importante: Municípios que NÃO ofertam nem o Serviço de Acolhimento Institucional e nem o Serviço de Acolhimento Familiar NÃO estão aptos ao cofinanciamento para serviços da Proteção Social Especial de Alta Complexidade.**

**Sobre a Proteção Social Especial de Alta Complexidade, o município oferta o Serviço de Acolhimento Familiar (Família Acolhedora)?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Quais são os cargos e a quantidade de profissionais que compõem a equipe do(s) Serviço de Acolhimento Familiar (Família Acolhedora) do município?** *(Informe a quantidade para cada categoria profissional/cargo.Se não houver, informar zero).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Coordenador  (Função exclusiva) |  | Psicólogo |  | Estagiário |
|  | Apoio Administrativo |  | Motorista |
|  | Assistente Social |  | Serviços Gerais |  | Outros - nível superior ou médio |

**Sobre a Proteção Social Especial de Alta Complexidade, o município oferta o Serviço de Acolhimento Institucional?**

*Considera-se oferta o atendimento por meio de: Consórcios, Convênios intermunicipais, Parcerias com entidades e/ou instituição de acolhimento municipal no âmbito da Assistência Social, Equipamento governamental municipal.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**O município possui EQUIPAMENTO GOVERNAMENTAL para a oferta do Serviço de Acolhimento Institucional?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Questionamento exclusivo para municípios que POSSUEM Equipamento(s) GOVERNAMENTAL para a oferta do Serviço de Acolhimento Institucional.**

**Quais são os cargos e a quantidade de profissionais que compõem a equipe do(s) Equipamento(s) GOVERNAMENTAL para a oferta do Serviço de Acolhimento Institucional?** *(Informe o TOTAL para cada categoria profissional/cargo. Se não houver, informar zero).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Coordenador  (Função exclusiva) |  | Sociólogo |  | Apoio Administrativo |
|  | Terapeuta ocupacional |  | Estagiário |
|  | Assistente Social |  | Musicoterapeuta |  | Serviços Gerais |
|  | Psicólogo |  | Economista Doméstico |  | Motorista |
|  | Pedagogo |  | Orientador/Educador Social |  | Outros - nível superior/nível médio |
|  | Antropólogo |  | Cuidador Social |  | Auxiliar Cuidador |

**Em caso positivo à pergunta anterior, informe a quantidade de unidade(s) para cada modalidade e a quantidade total de vagas por modalidade (*quando não possui, informe zero)*.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Modalidade | Nº de Unidade(s) | Nº de Vagas |
| Casa Lar para crianças e adolescentes |  |  |
| Abrigo Institucional para crianças e adolescentes |  |  |
| Abrigo Institucional para adultos e famílias |  |  |
| Casa de Passagem |  |  |
| Abrigo Institucional para mulheres em situação de violência |  |  |
| Residência Inclusiva |  |  |
| Casa Lar para pessoas idosas |  |  |
| Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI |  |  |

**O município possui CONVÊNIO INTERMUNICIPAL para a oferta do Serviço de Acolhimento Institucional?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Em caso positivo à pergunta anterior, informe a quantidade de unidade(s) para cada modalidade e a quantidade total de vagas por modalidade (*quando não possui, informe zero)*.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Modalidade | Nº de Unidade(s) | Nº de Vagas |
| Casa Lar para crianças e adolescentes |  |  |
| Abrigo Institucional para crianças e adolescentes |  |  |
| Abrigo Institucional para adultos e famílias |  |  |
| Casa de Passagem |  |  |
| Abrigo Institucional para mulheres em situação de violência |  |  |
| Residência Inclusiva |  |  |
| Casa Lar para pessoas idosas |  |  |
| Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI |  |  |

**O município participa de CONSÓRCIO para a oferta do Serviço de Acolhimento Institucional?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Em caso positivo à pergunta anterior, informe a quantidade de unidade(s) para cada modalidade e a quantidade total de vagas por modalidade (*quando não possui, informe zero)*.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Modalidade | Nº de Unidade(s) | Nº de Vagas |
| Casa Lar para crianças e adolescentes |  |  |
| Abrigo Institucional para crianças e adolescentes |  |  |
| Abrigo Institucional para adultos e famílias |  |  |
| Casa de Passagem |  |  |
| Abrigo Institucional para mulheres em situação de violência |  |  |
| Residência Inclusiva |  |  |
| Casa Lar para pessoas idosas |  |  |
| Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI |  |  |

**O município possui PARCERIA COM ORGANIZAÇÕES/INSTITUIÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS para a oferta do Serviço de Acolhimento Institucional?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Em caso positivo à pergunta anterior, informe a quantidade de unidade(s) para cada modalidade e a quantidade total de vagas por modalidade (*quanto* *não possui, informe zero)*.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Modalidade | Nº de Unidade(s) | Nº de Vagas |
| Casa Lar para crianças e adolescentes |  |  |
| Abrigo Institucional para crianças e adolescentes |  |  |
| Abrigo Institucional para adultos e famílias |  |  |
| Casa de Passagem |  |  |
| Abrigo Institucional para mulheres em situação de violência |  |  |
| Residência Inclusiva |  |  |
| Casa Lar para pessoas idosas |  |  |
| Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI |  |  |

**O município possui Plano de Contingência da Assistência Social?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**Em caso positivo à pergunta anterior, o Plano de Contingência da Assistência Social - Plancon/AS, foi homologado pelo Estado?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |  | Não |

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Proteção Social Especial **CUSTEIO** será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções)*

**[ ]** Aquisição de materiais de expediente, de consumo, lúdicos, pedagógicos e gêneros alimentícios necessários à oferta dos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Aquisição de produtos de limpeza, higiene e EPI necessários à oferta dos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Conservação, manutenção e adaptação de imóvel público com destinação exclusiva aos Serviços da Proteção Social Especial, que se caracterizem como custeio.

**[ ]** Participação em capacitações para os trabalhadores do SUAS – Proteção Social Especial (Pagamento da inscrição, hospedagem e alimentação em capacitações com temas pertinentes ao SUAS e/ou temas que contribuam para a melhoria da capacidade técnica e execução dos serviços da Proteção Social Especial).

**[ ]** Despesas para realização de grupos, encontros, capacitações, palestras, campanhas, oficinas, mobilizações e eventos comunitários (locação de materiais e espaço físico, lanches, coffee-break, palestrantes pessoas físicas e jurídicas), vinculados à oferta dos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Despesas com divulgação de ações e dos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Pagamento de salário dos trabalhadores da Assistência Social na Proteção Social Especial, sendo considerada somente a equipe de referência do SUAS de nível superior e nível médio.

**[ ]** Pagamento do subsídio para Família Acolhedora.

**[ ]** Serviços essenciais ao funcionamento (segurança; limpeza; copa e cozinha; transporte; sistema de dados/registros da Proteção Social Especial; locação de imóveis e materiais permanentes).

**[ ]** Despesas com itens de cama, mesa, banho, vestuário, higiene e cuidados, para usuários dos equipamentos da Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

**[ ]** Aquisição de combustíveis e lubrificantes para veículos (exclusivos à oferta de Serviços da Proteção Social Especial).

**[ ]** Pagamento de serviços de água, luz, telefone e internet (exclusivos aos Equipamentos da Proteção Social Especial).

**[ ]** Despesas relacionadas à parceirização com entidade da Rede Privada do SUAS para prestação de serviços socioassistenciais.

**[ ]** Despesas com consórcios e convênios intermunicipais para prestação de serviços socioassistenciais.

**[ ]** Outras despesas de custeio vinculadas aos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Não se aplica.

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Proteção Social Especial**INVESTIMENTO** será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções. Caso o município tenha optado por 100% custeio, marcar a opção “Não se aplica”).*

**[ ]** Aquisição de mobiliário e eletrodomésticos necessários à Proteção Social Especial.

**[ ]** Aquisição de equipamentos eletrônicos e de informática necessários à Proteção Social Especial.

**[ ]** Aquisição de veículo para uso dos serviços e equipamentos da Proteção Social Especial.

**[ ]** Reformas de investimento e construções em imóveis estatais do município, exclusivo para serviços ofertados na Proteção Social Especial.

**[ ]** Outras despesas de investimento vinculadas aos Serviços da Proteção Social Especial.

**[ ]** Não se aplica.

**VIII - BENEFÍCIOS EVENTUAIS**

**DEFINIÇÃO DE BENEFÍCIOS EVENTUAIS, CONFORME A LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS, Art. 22º, 1993):** Entendem-se por benefícios eventuais as provisões suplementares e provisórias que integram organicamente as garantias do Suas e são prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública.

|  |  |
| --- | --- |
| *Aceite Cofinanciamento Estadual para Benefícios Eventuais: (marque com X uma opção)* | |
|  | O Município formaliza o aceite ao Cofinanciamento Estadual 2026 para Benefícios Eventuais. |
|  | O município não possui interesse no Cofinanciamento Estadual 2026 para Benefícios Eventuais. |

**A Lei de Benefícios Eventuais municipal está adequada conforme a Resolução CEAS nº 16/2022?** *(marque com X uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim. |  | Não |

**Marque quais Benefícios Eventuais o Município oferta?** *(marque X em uma ou mais opções)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Benefício Eventual em virtude vulnerabilidade temporária. |
|  | Benefício Eventual em razão de nascimento. |
|  | Benefício Eventual em razão de morte. |
|  | Benefício Eventual em razão de situação de emergência e estado de calamidade pública. |
|  | Não se aplica. |

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Benefícios Eventuais (somente custeio) será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções. Caso o município não tenha a Lei de Benefícios Eventuais adequada à Resolução CEAS nº16/2022, marcar a opção “Não se aplica”).*

**[ ]** Benefício Eventual em virtude vulnerabilidade temporária (Alimentação; Custeio dos gastos para expedição de documentação pessoal, como fotografia e fotocópia não disponibilizados por sistemas oficiais facilitadores de documentação; Despesas para alojamento, moradias provisórias, aluguel temporário).

**[ ]** Benefício Eventual em razão de nascimento (Enxoval do recém-nascido, incluindo itens de vestuário, utensílios para alimentação, de higiene e de mobiliário; Apoio à mãe nos casos de natimorto e morte do recém-nascido; e Apoio à família no caso de morte da mãe).

**[ ]** Benefício Eventual em razão de morte (Custeio das despesas de urna funerária, velório e sepultamento, incluindo transporte funerário, utilização de capela, isenção de taxas e colocação de placa de identificação; e Custeio das necessidades urgentes da família para enfrentar riscos e vulnerabilidades advindas da morte de seus provedores ou membros).

**[ ]** Benefício Eventual em razão de situação de emergência e estado de calamidade pública (Custeio das despesas que visam assegurar, complementarmente e de forma intersetorial com as demais políticas públicas, a sobrevivência e a reconstrução de sua autonomia, nos termos do art. 22 da Lei 8.742/1993, alterada pela Lei 12.435/2011).

**[ ]** Não se aplica.

**IX. INCENTIVO À GESTÃO**

**SÃO OBJETIVOS DA GESTÃO DAS AÇÕES NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, CONFORME A LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (LOAS, Art. 6º, 1993):** Consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva; implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na assistência social; estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios; e afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos.

|  |  |
| --- | --- |
| *Aceite Cofinanciamento Estadual para Incentivo à Gestão municipal da Assistência Social: (marque com X uma opção)* | |
|  | O Município formaliza o aceite ao Cofinanciamento Estadual 2026 para Incentivo à Gestão. |
|  | O município não possui interesse no Cofinanciamento Estadual 2026 para Incentivo à Gestão. |

**Informe sobre o imóvel que está instalada a Secretaria Municipal de Assistência Social** *(marque com X uma ou mais opções)***:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imóvel PRÓPRIO e está instalada somente a Secretaria Municipal de Assistência Social. |  |
| Imóvel ALUGADO e está instalada somente a Secretaria Municipal de Assistência Social. |  |
| Imóvel PRÓPRIO e compartilhado com CRAS. |  |
| Imóvel ALUGADO e compartilhado com CRAS. |  |
| Imóvel PRÓPRIO e compartilhado com CREAS. |  |
| Imóvel ALUGADO e compartilhado com CREAS. |  |
| Imóvel PRÓPRIO e compartilhado com outros serviços de assistência social. |  |
| Imóvel ALUGADO e compartilhado com outros serviços de assistência social. |  |
| Imóvel PRÓPRIO e compartilhado com outras políticas públicas. |  |
| Imóvel ALUGADO e compartilhado com outras políticas públicas. |  |
| Imóvel PRÓPRIO e compartilhado com outros serviços de assistência social e outras políticas públicas. |  |
| Imóvel ALUGADO e compartilhado com outros serviços de assistência social e outras políticas públicas. |  |
| Outro: |  |

**Qual é a composição da gestão da Assistência Social do município?**

*(Informe a quantidade de profissionais. Quanto não possui, informe zero).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Secretário(a) Municipal de Assistência Social |  | Técnico – Serviço Social |
|  | Secretário(a) Municipal de Assistência Social - Adjunto |  | Técnico – Psicologia |
|  | Diretor(a) de Assistência Social ou áreas específicas |  | Técnico – Pedagogia |
|  | Gerente de Assistência Social ou áreas específicas |  | Técnico – Direito |
|  | Coordenador(a) de Assistência Social ou áreas específicas |  | Técnico – Antropologia |
|  | Técnico(a) - Outra formação de nível superior. |  | Técnico – Sociologia |
|  | Técnico(a) - Nível Médio/Técnico. |  | Técnico – Administração |

**O município possui técnico de referência e/ou setor de Vigilância Socioassistencial?**

*(marque com X uma ou mais opções)***:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sim - Serviço Social |  | Sim - Antropologia |  | Sim - Sociologia |
|  | Sim - Psicologia |  | Sim - Pedagogia |  | Sim – Direito |
|  | Sim. Possui Técnico(a) - Outros | | | | |
|  | Não. O município não possui Vigilância Socioassistencial | | | | |

**O município está com as informações atualizadas no Cadastro do Sistema Único de Assistência Social (CadSUAS)?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim. |  | Não |

**A Assistência Social do município possui sistema próprio para registros de dados e informações da Assistência Social?** *(marque com X uma opção)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim. |  | Não |

**Como está organizado o Cadastro Único no município?**

*(marque com X uma ou mais opções)***:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | O atendimento é realizado no(s) CRAS. |  | O atendimento é realizado no(s) CREAS. |
|  | O atendimento é realizado na gestão. |  | O atendimento é realizado em local próprio. |

**Como é a composição da equipe do Cadastro Único?**

*(Informe a quantidade de profissionais. Quanto não possui, informe zero).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Coordenador |  | Técnico - Nível Superior |  | Técnico - Nível Médio |
|  | Entrevistador |  | Cadastrador |  | Outro(s) |

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Incentivo à Gestão **CUSTEIO** será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções)*

**[ ]** Aquisição de materiais de expediente, de consumo necessários à gestão municipal da Assistência Social.

**[ ]** Aquisição de produtos de limpeza, higiene e EPI necessários à gestão municipal da Assistência Social.

**[ ]** Participação em capacitações, encontros e eventos relacionados ao SUAS (Pagamento da inscrição, hospedagem e alimentação em capacitações, encontros e eventos com temas pertinentes ao SUAS e/ou ações relativas à gestão municipal da Assistência Social).

**[ ]** Manutenção e/ou outras prestações de serviços necessários à gestão municipal da Assistência Social.

**[ ]** Despesas com divulgação de ações do SUAS.

**[ ]** Aquisição de combustíveis e lubrificantes para veículos (exclusivos à gestão do SUAS).

**[ ]** Pagamento de serviços de água, luz, telefone e internet (exclusivos gestão do SUAS).

**[ ]** Despesas com manutenção do Controle Social (Conselho Municipal de Assistência Social).

**[ ]** Serviços essenciais ao funcionamento (segurança; limpeza; copa e cozinha; transporte; sistema de dados/registros da Assistência Social; locação de imóveis e materiais permanentes).  
**[ ]** Outras despesas de custeio vinculadas à Gestão do SUAS.

**[ ]** Não se aplica.

**PLANO DE APLICAÇÃO -**O recurso previsto para Incentivo à Gestão **INVESTIMENTO** será aplicado em: *(marque X em uma ou mais opções)*

**[ ]** Aquisição de equipamentos eletroeletrônicos e de informática necessários à gestão municipal da Assistência Social.

**[ ]** Aquisição de mobiliário e utensílios necessários à gestão municipal da Assistência Social.

**[ ]** Aquisição de veículo para uso exclusivo dos serviços e da gestão municipal da Assistência Social.

**[ ]** Outras despesas de investimento vinculadas à Gestão do SUAS.

**[ ]** Não se aplica.

**X. DECLARAÇÕES DA GESTÃO MUNICIPAL**

CONSIDERANDO a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, alterada pela Lei n° 12.435, de 6 de julho de 2011, Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS;

CONSIDERANDO a Lei nº 17.819, de 9 de dezembro de 2019 que institui o Fundo Estadual de Assistência Social - FEAS-SC e estabelece outras providências;

CONSIDERANDO a Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, do CNAS, que aprova a Política Nacional de Assistência Social – PNAS;

CONSIDERANDO a Resolução nº 269, de 13 de dezembro de 2006, do CNAS, que aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB/RH/SUAS;

CONSIDERANDO a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, do CNAS, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais;

CONSIDERANDO a Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012, do CNAS, que aprova a NOB/SUAS;

CONSIDERANDO a Resolução n° 16 de 16 de dezembro de 2022, do CEAS, que dispõe sobre a Regulamentação, Concessão e Cofinanciamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política Pública Estadual de Assistência Social;

CONSIDERANDO a Resolução CEAS nº 18/2024, de 24 de abril de 2024, sobre a Regulamentação dos Pisos de Cofinanciamento Estadual do SUAS por Meio do Fundo Estadual de Assistência Social de Santa Catarina - FEAS/SC;

CONSIDERANDO a Resolução CEAS/SC nº 35, de 26 de novembro de 2024 que dispõe da RETIFICAÇÃO da Resolução do CEAS/SC nº 18 de 2024 que aprovou a Regulamentação dos Pisos do Cofinanciamento Estadual do SUAS por meio do Fundo Estadual de Assistência Social de Santa Catarina – FEAS/SC.

CONSIDERANDO a Resolução CEAS/SC nº 07, de 21 de maio de 2025 que aprova o Manual sobre o Financiamento da Política de Assistência Social de Santa Catarina.

**Ao enviar este formulário, declaro que:**

- As informações prestadas no Formulário de Habilitação e Plano de Aplicação ao Cofinanciamento Estadual 2026 correspondem aos equipamentos e serviços socioassistenciais ofertados pelo município, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

- O município possui Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS ativo, de composição paritária entre governo e sociedade civil.

- O município possui Plano de Assistência Social – PAS vigente, aprovado pelo Conselho Municipal de Assistência Social.

- O município possui Fundo Municipal de Assistência Social - FMAS instituído e em funcionamento, com alocação de recursos do Tesouro Municipal em seu orçamento.

- Os recursos financeiros provenientes do cofinanciamento estadual serão inclusos no orçamento do FMAS, com execução exclusiva na Política de Assistência Social.

Asseguro a veracidade das informações prestadas e o cumprimento das normativas legais e regulamentares pertinentes à gestão de recursos da Assistência Social.

NOME DO MUNICÍPIO, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

(Assinatura do Gestor/a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DO ASSINANTE

Gestor(a) da Assistência Social Municipal

**XI. APROVAÇÃO DO CMAS**

|  |  |
| --- | --- |
| Resolução CMAS que aprova o Formulário para Habilitação e Plano de Aplicação: |  |
| ATA Nº: |  |
| DATA DA REUNIÃO: |  |

*(IMPORTANTE: Na resolução do CMAS não deve conter qualquer especificação de valores – R$. Ela aprova somente os dados que a gestão municipal preencheu no Formulário).*

NOME DO MUNICÍPIO, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

(Assinatura do/a Presidente do CMAS)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo do assinante

Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social