

MONITORAMENTO SUAS



CENSO SUAS 2011

Questionário da Rede Socioassistencial Privada

As informações declaradas pelo agente público possuem Fé Pública e constituem registros administrativos dos sistemas de informações do SUAS.

Os questionários eletrônicos das Entidades Socioassistencial Privada, inscritas nos CMAS, do Censo SUAS 2011 deverão ser preenchidos durante o período de 24 de outubro até 2 de dezembro de 2011. Cada uma das entidades que possuem login e senha de acesso deve responder o seu respectivo questionário, que estará disponível no site: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/censo2011>.

Como acessar o questionário da Rede Privada?

Os questionários do CENSO SUAS 2011 deverão ser acessados por meio do Sistema de Autorização e Autenticação (SAA).

Conforme estabelece a Portaria SNAS Nº 15, de 17 de Dezembro de 2010, o SAA (Sistema de Autorização e Autenticação) é responsável pela gestão do acesso a Rede SUAS e de outros aplicativos que vierem a ser alocados sob o seu gerenciamento.

O novo modelo é descentralizado, cabendo aos gestores estaduais, municipais, do Distrito Federal e aos conselhos a criação de usuários e senhas, (vinculação do nome e CPF do usuário ao seu login e senha), conforme perfis pré-estabelecidos pelo MDS.

ATENÇÃO!

Primeiramente, para que possam ter acesso ao questionário do CENSO SUAS 2011, as Entidades Socioassistenciais Privadas preencherão um formulário para solicitação de senha, no período de 01/09/2011 a 28/10/2011, que deverá ser validada pelo conselho de assistência social onde possui inscrição. Os Conselhos de Assistência Social dos municípios e distrito federal necessitarão utilizar o Perfil de acesso ao CADSUAS, para acesso à lista das Entidades do seu município que estão solicitando a senha. Após conferir se a Entidade é inscrita, o Conselho deve informar, caso haja, o número da inscrição e sua data de validade no formulário de validação de senha. O sistema gerará automaticamente o *login* e a senha e enviará para a Entidade solicitante.

Após vincular o perfil do usuário que responderá o questionário este poderá acessar o aplicativo do CENSO SUAS 2011.

IMPORTANTE: Este questionário deverá ser utilizado para a coleta das informações, entretanto, NÃO DEVE ser encaminhado ao MDS em formato impresso. As informações devem ser registradas no aplicativo informatizado e só serão aceitas neste formato.

**RECOMENDAMOS A LEITURA DO MANUAL PARA O CORRETO
PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Nome da entidade: _____

CNPJ: |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|/ |_|_|_|- |_|_|_|

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

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: |_|_|_|_|_|- |_|_|_| Município: _____ UF: *(Selecionar)*

Telefone (DDD/número): |_|_|- |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Ramal: |_|_|_|_|_|

E-mail: _____

Sítio eletrônico (página da entidade na internet): _____

Mandato da Diretoria: |_|_|/ |_|_|/ |_|_|_|_|_|_|_|_|_| até |_|_|/ |_|_|/ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nome completo do Presidente: _____

Telefone do Presidente (DDD/número): |_|_|- |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Ramal: |_|_|_|_|_|

Qual o ano de fundação da entidade? |_|_|_|_|_|

A entidade possui acesso à internet?

 Sim. Não.**BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE****1. Identifique a área de atuação da entidade *(Resposta Única)*:**

- Saúde, exclusivamente *(Finalize o questionário)*
 Educação, exclusivamente *(Finalize o questionário)*
 Mais de uma área de atuação, sem atividade de Assistência Social *(Finalize o questionário)*
 Assistência Social, exclusivamente *(Pule para a questão 5)*
 Assistência Social, entre outras áreas *(Prossiga o questionário)*

2. Assinale a área de atuação preponderante e as áreas secundárias em que a entidade atua:

Área de atuação preponderante da entidade <i>(Resposta única)</i>	Área secundária de atuação da entidade <i>(Admite múltiplas respostas)</i>	
<input type="checkbox"/> Assistência social	<input type="checkbox"/> Assistência social	<input type="checkbox"/> Esporte
<input type="checkbox"/> Educação	<input type="checkbox"/> Educação	<input type="checkbox"/> Segurança alimentar e nutricional
<input type="checkbox"/> Saúde	<input type="checkbox"/> Saúde	<input type="checkbox"/> Agricultura (extensão rural e agricultura familiar)
	<input type="checkbox"/> Trabalho e renda	<input type="checkbox"/> Outra. Especifique: _____
	<input type="checkbox"/> Cultura e lazer	

3. Em quantos municípios a entidade atua além do município onde possui inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social?

|_|_|_|_| municípios () A entidade atua somente no município onde está inscrita.

4. Os serviços prestados pela entidade são totalmente gratuitos aos usuários? Sim. Não.

BLOCO 3 – FUNCIONAMENTO DA ENTIDADE**5. Qual o horário de funcionamento da entidade?**

dias por semana (*selecionar*) horas por dia (*selecionar*)

6. Como os usuários acessam os serviços da entidade? (*Admite múltiplas respostas*)

- por procura espontânea;
 por busca ativa;
 por encaminhamento do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS;
 por encaminhamento do Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS;
 por encaminhamento de outra(s) entidade(s) da rede socioassistencial;
 por encaminhamento de outra política pública e/ou Sistema de Garantia de Direitos.
 por encaminhamento de outros órgãos. Especifique: _____

BLOCO 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS/ATIVIDADES OFERTADOS PELA ENTIDADE, PÚBLICO ALVO/SITUAÇÕES ATENDIDAS:**7. Assinale qual serviço/atividade a entidade oferta no âmbito da Proteção Social Básica e responda as questões específicas para cada qual.**

Serviço de Proteção Social Básica	Realiza o Serviço/ Atividade?	Quantidade de vagas ofertadas	Atende pessoas de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família?	Atende beneficiários do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC?
Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças de 0 a 6 anos (Inclusive crianças em situação de trabalho infantil)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos (Inclusive crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para adolescentes e jovens de 15 a 17 anos (Inclusive Projovem Adolescente)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para pessoas idosas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
Serviço de proteção social básica no domicílio para pessoas com deficiência	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
Serviço de proteção social básica no domicílio para pessoas idosas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe

7.1. A entidade realiza atividades com as famílias dos usuários?

Sim Não (*Pule para a questão 8*)

7.2. Caracterize as atividades realizadas com as famílias dos usuários dos serviços: (Admite múltiplas respostas)

- reuniões com finalidade de dar conhecimento do(s) serviço(s) prestado(s)
- reuniões participativas com famílias de usuários
- reuniões participativas envolvendo outras famílias do território
- encaminhamento para cadastramento de famílias não cadastradas no Cadúnico
- encaminhamento para acompanhamento pelo CRAS
- encaminhamento para acompanhamento pelo CREAS
- realização de estudo social das famílias
- realização de entrevista
- acompanhamento sistemático, em grupo(s)
- acompanhamento sistemático, de forma individualizada
- realização de visitas domiciliares
- outros. Especifique: _____

8. Assinale qual serviço/atividade a entidade oferta no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade e responda as questões específicas para cada qual.

Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade	Realiza o Serviço/Atividade?	Quantidade de vagas ofertadas	Atende pessoas de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família?	Atende beneficiários do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC?
Atendimento especializado em abordagem social	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
Atendimento especializado para pessoas com deficiência e suas famílias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
Atendimento especializado para pessoas idosas e suas famílias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
Atendimento especializado para indivíduos e famílias com direitos violados	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
Atendimento especializado para adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto LA e PSC	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
Atendimento especializado para pessoas em situação de rua	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe
Atendimento especializado para famílias de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe

9. Assinale qual serviço/atividade a entidade oferta no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade e responda as questões específicas para cada qual. (Admite múltiplas respostas)

Deixar em branco caso não ofereça os serviços listados)

Serviço da Proteção Social Especial de Alta Complexidade	Realiza o Serviço/ Atividade?	Quantidade de vagas ofertadas	Atende beneficiários do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC?
9.1. Serviço de Acolhimento Institucional (Abrigo)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>(pule para a questão 9.2)</i>	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes em Casa-lar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes em abrigo institucional	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Acolhimento Institucional para idosos em Casa-lar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Acolhimento Institucional para idosos em abrigo institucional	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Acolhimento Institucional para jovens e adultos com deficiência em residências inclusivas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Acolhimento Institucional para adultos e famílias em Casa-lar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Acolhimento Institucional para adultos e famílias em casa de passagem	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Acolhimento Institucional para mulheres vítimas de violência em abrigo institucional	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
9.2. Serviço de Acolhimento em República:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>(pule para a questão 9.3)</i>	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Acolhimento em República Para jovens (entre 18 e 21 anos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Acolhimento em República Para adultos em processo de saída das ruas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Acolhimento em República Para idosos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
9.3. Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora para Crianças e Adolescentes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>(pule para a questão 9.4)</i>	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
9.4. Serviço de proteção à população atingida por situações de calamidades públicas e de emergências, com oferta de alojamentos provisórios, atenções e provisões materiais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>(pule para a questão 10)</i>	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe

10. Assinale outros serviços/programas/projetos prestados pela entidade não contemplados nas questões anteriores:
(Admite múltiplas respostas)

Serviço/Programa/Projeto	Realiza o Serviço/Atividade?	Quantidade de vagas ofertadas	Atende famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família?	Atende beneficiários do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC?
Capacitação e promoção da integração ao mercado de trabalho. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Projetos de enfrentamento à pobreza / inclusão produtiva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Atendimento a usuários de substâncias psicoativas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Apoio para pessoas em tratamento de saúde	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Projeto/programa de inclusão digital	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Outros. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe

11. Assinale as atividades de assessoramento e defesa e garantia de direitos desenvolvidas pela entidade no âmbito da assistência social: (Admite múltiplas respostas, exceto se marcar que não desenvolve nenhuma atividade)

- Não desenvolve nenhuma atividade de assessoramento e defesa e garantia de direitos (Pule para a questão 12)
- Assessoramento político, técnico, administrativo e financeiro;
- Promoção da defesa de direitos já estabelecidos através de distintas formas de ação e reivindicação na esfera política e no contexto da sociedade, inclusive por meio da articulação com órgãos públicos e privados de defesa de direitos;
- Formação político-cidadã de grupos populares, nela incluindo capacitação de conselheiros/as e lideranças populares;
- Reivindicação da construção de novos direitos fundados em novos conhecimentos e padrões de atuação reconhecidos nacional e internacionalmente;
- Sistematização e disseminação de projetos inovadores de inclusão cidadã, que possam apresentar soluções alternativas para enfrentamento da pobreza, a serem incorporadas nas políticas públicas;
- Estímulo ao desenvolvimento integral sustentável das comunidades, cadeias organizativas, redes de empreendimentos e à geração de renda;
- Produção e socialização de estudos e pesquisas que ampliem o conhecimento da sociedade sobre os seus direitos de cidadania e da política de assistência social, bem como dos gestores públicos, trabalhadores e entidades com atuação preponderante ou não na assistência social subsidiando-os na formulação, implementação e avaliação da política de assistência social;
- Desenvolvimento de ações de monitoramento e controle popular sobre o alcance de direitos socioassistenciais e a existência de suas violações, tornando públicas as diferentes formas em que se expressam e requerendo do poder público serviços, programas e projetos de assistência social.

12. A entidade concede benefícios eventuais aos usuários?

Sim Não

13. Em caso positivo assinale quais benefícios eventuais são concedidos: (Admite múltiplas respostas)

- Auxílio natalidade
- Auxílio funeral
- Agasalho, vestuário, cobertores, móveis, colchões, utensílios domésticos
- Cesta básica
- Leite em pó, dietas especiais
- Auxílio alimentação
- Pagamento de taxas, contas de água, energia elétrica e gás
- Aparelhos ortopédicos, órteses, próteses, óculos, dentadura, cadeira de rodas, muletas, tecnologia assistiva para pessoa com deficiência
- Apoio financeiro para tratamento de saúde fora do município ou do DF
- Pagamento de exames médicos
- Medicamentos
- Fraldas geriátricas
- Transporte de doentes
- Pagamento de aluguel
- Passagens
- Uniforme, material escolar
- Material esportivo
- Fotos, segunda via de documentos
- Auxílio construção
- Outros. Especifique: _____

BLOCO 5 – RECURSOS HUMANOS DA ENTIDADE

14. Quantos trabalhadores atuam na entidade de acordo com a formação e o regime de contratação?

Tipo de vínculo	ESCOLARIDADE				
	Ensino Fundamental		Ensino Médio (Completo)	Ensino Superior (Completo)	Total
	Incompleto	Completo			
Trabalhadores contratados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trabalhadores cedidos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estagiários	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trabalhadores voluntários	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

15. Informe a quantidade de profissionais de nível superior, por área de formação, que atuam na entidade (exceto estagiários e trabalhadores voluntários):

<input type="text"/>	Assistentes sociais	<input type="text"/>	Psicólogos
<input type="text"/>	Pedagogos	<input type="text"/>	Terapeutas ocupacionais
<input type="text"/>	Sociólogos	<input type="text"/>	Jornalistas
<input type="text"/>	Enfermeiros	<input type="text"/>	Advogados
<input type="text"/>	Médicos	<input type="text"/>	Outros

BLOCO 6 – FINANCIAMENTO DA ENTIDADE E PARCERIAS COM ÓRGÃOS PÚBLICOS**16. Informe a receita total da entidade no ano de 2010 (valor bruto/R\$):**

- Até 50.000,00
 De 50.001,00 até 100.000,00
 De 100.001,00 até 200.000,00
 De 200.001,00 até 500.000,00
 De 500.001,00 até 1.000.000,00
 De 1.000.001,00 até 5.000.000,00
 De 5.000.001,00 até 10.000.000,00
 Acima de 10.000.001,00

17. Quais as fontes de financiamento da entidade? (Admite múltiplas respostas)

- Própria (recursos decorrentes da prestação de serviços da entidade)
 Própria (recursos decorrentes de mensalidades/ doações dos membros ou associados)
 Privada (recursos de doações e parcerias com empresas e entidades privadas)
 Privada (recursos de doações eventuais)
 Pública (recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos ou entidades públicas)
 Internacional Privada (recursos de entidades e organizações internacionais)
 Internacional Pública (recursos de países estrangeiros, ONU, etc.)

18. Das fontes de financiamento registradas na questão anterior, qual disponibiliza a maior quantidade de recursos?

(Resposta única)

- Própria (recursos decorrentes da prestação de serviços da entidade)
 Própria (recursos decorrentes de mensalidades/ doações dos membros ou associados)
 Privada (recursos de doações e parcerias com empresas e entidades privadas)
 Privada (recursos de doações eventuais)
 Pública (recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos ou entidades públicas)
 Internacional Privada (recursos de entidades e organizações internacionais)
 Internacional Pública (recursos de países estrangeiros, ONU, etc.)

19. A entidade possui isenções e/ou imunidades respaldadas em normativos legais?

- Sim Não *(Pule para a ficha de identificação do responsável pelas informações)*

20. Em caso positivo, assinale as isenções ou imunidades usufruídas pela entidade? (Admite múltiplas respostas)

- Cota patronal
 Imposto de importação
 Taxas e tributos municipais
 Taxas e tributos estaduais
 Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)
 Imposto de Renda
 Imposto sobre Operações Financeiras (IOF)
 Outros. Especifique: _____

Identificação do agente responsável, da entidade, pelas informações declaradas neste formulário:

Nome Legível:

CPF:

Data:

Telefone:

Email:

Este formulário original, após a digitação dos dados e encaminhamento eletrônico, deve permanecer arquivado na Entidade.