**Anexo II - B**

**Formulário Cadastral de Entidade Governamental**

**1. DADOS GERAIS**

**1.1.** Nome da Entidade e sigla:

* + 1. Nome Fantasia:

**1.2.** Endereço: (Rua, nº, bairro, CEP)

Ponto de Referência:

Telefone fixo:

Celular:

E-mail:

Site/redes sociais:

**1.3.** C.N.P.J: Validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1.5.** Inscrição em outros Conselhos: (se for o caso)

Conselho: Nº de inscrição:

Validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Conselho: Nº de inscrição:

Validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1.6.** Âmbito de atuação: ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Nacional

**1.7.** Declaração de Utilidade Pública: (se houver)

- Municipal nº Ano:

- Estadual nº Ano:

- Federal nº Ano:

**1.8.** Situação do Imóvel: ( ) próprio ( ) alugado ( ) cedido

**1.8.1** Área destinada ao atendimento das crianças e adolescentes:

- Total: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m² - Construída: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m²

**2. FUNCIONAMENTO**

**2.1.** Data de Fundação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Início das atividades: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**2.2.** Posse da gestão do setor ou Secretaria: \_\_/\_\_\_/\_\_\_

 Período da gestão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_à \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

a) Secretário ou responsável pelo setor:

Endereço Residencial:

R.G. C.P.F:

Telefone fixo: Celular:

E-mail:

b) Vice-secretário ou responsável pelo setor:

Endereço Residencial:

R.G. C.P.F:

Telefone fixo: Celular:

E-mail:

c) Diretor financeiro ou congênere:

Endereço Residencial:

R.G. C.P.F:

Telefone fixo: Celular:

E-mail:

d) Diretor administrativo ou congênere:

Endereço Residencial:

R.G. C.P.F:

Telefone fixo: Celular:

E-mail:

**3 - DESPESAS / RECEITAS**

**3.1 -** Fontes de Recursos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Origem** | **Valor médio mensal** | **Quant. de meses** | **Observações** |
| Receitas municipais |  |  |  |
| Receitas estaduais |  |  |  |
| Receitas federais |  |  |  |
| Receitas internacionais |  |  |  |
| Outras receitas |  |  |  |
| Outras receitas |  |  |  |
| Outras receitas |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |

**3.2 -** QUADRO DE DESPESAS/RECEITAS FIXAS (MENSAL)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIFICAÇÃO** | **Valores** | **OBSERVAÇÃO** |
| Recursos Humanos (Folha de pagamento, bolsistas, encargos sociais e etc.) |  |  |
| Material de Consumo  |  |  |
| Serviço de terceiro – Pessoa Física  |  |  |
| Serviço de terceiro – Pessoa Jurídica  |  |  |
| Serviço de Utilidade Pública  |  |  |
| Outros. Quais? |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4- RECURSOS HUMANOS**

|  |
| --- |
| **ESCOLARIDADE** |
|  |  | **Ensino Fundamental** | **Ensino Médio** | **Ensino Superior** | **TOTAL** |
| Área deTrabalho | Sexo | SemEscolaridade | Completo | Incompleto | Em curso | Completo | Incompleto | Em curso | Completo | Incompleto |  |
| Administrativa | M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| F |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Técnica e atendimento | M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| F |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Serviços Gerais | M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| F |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Outras | M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| F |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RELAÇÃO DE TRABALHO** |
| **Área de****Trabalho** | **Sexo** | **Registrado** | **Autônomo/Prestador de Serviço** | **Voluntário** | **Bolsista/estagiário** | **TOTAL** |
| Administrativa | M |  |  |  |  |  |
| F |  |  |  |  |  |
| Técnica e atendimento | M |  |  |  |  |  |
| F |  |  |  |  |  |
| Serviços Gerais | M |  |  |  |  |  |
| F |  |  |  |  |  |
| Outras | M |  |  |  |  |  |
| F |  |  |  |  |  |

**5. PROGRAMAS DESENVOLVIDOS**

**5.1** – Programas, Projetos e Serviços desenvolvidos com crianças, adolescentes e suas famílias

1)

2)

3)

4)

**6. PÚBLICO ALVO**

**6.1.** CARACTERÍSTICAS:

( ) Crianças e Adolescentes (em geral)

( ) Crianças e Adolescentes em situação de risco pessoal e social

( ) Crianças e Adolescentes deficientes

( ) Famílias

( ) outros – Quais?

|  |
| --- |
| **6.2.** FAIXA ETÁRIA ATENDIDA(Considerando todas as atividades desenvolvidas) |
| **Faixa etária** | **Sexo** | **Capacidade de Atendimento** | **Média mensal de atendidos** |
| 0 a 3 |  |  |  |
| 3 a 6 |  |  |  |
| 6 a 12 |  |  |  |
| 13 a 18 |  |  |  |

**7. RELAÇÕES EXTERNAS ESTABELECIDAS**

a) Existem parcerias nas atividades propostas?

( ) sim ( ) sistemáticas ( ) assistemáticas

( ) não

b) Se houver, com quem?

c) Quais atividades?

d) Participa de algum Fórum?

( ) Sim. Qual?

( ) Não

**8. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**9. ESTRUTURA INSTITUCIONAL**

Listar quantitativamente os recursos humanos/profissionais, instalações físicas, os equipamentos e mobiliários já existentes na entidade.

|  |
| --- |
| **12.1 – Instalações Físicas** |
| **12.2 – Equipamentos** |
| **12.3 – Mobiliários** |

**10. INFORMANTE**

Nome:

Função na Entidade:

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

**Nome e assinatura do Representante Legal pela Entidade Requerente**