

**PROGRAMA DE ESTUDOS DA FOME - NESP/CEAM/UnB  
INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA- IPEA**

**A N E X O S    I I    E    I I I**

**O NOVO PADRÃO DE GERENCIAMENTO DO SETOR PÚBLICO:  
O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES PARAGOVERNAMENTAIS  
NO ATENDIMENTO ALIMENTAR DAS POPULAÇÕES MAIS POBRES  
DO DISTRITO FEDERAL**

**QUESTIONÁRIOS 1º E 2º**

**Apoio Financeiro: FUNDAÇÃO FORD**

**1991**

## A N E X O II

### 1º QUESTIONÁRIO (VERSÃO PRELIMINAR)

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

NOME:

END.:

TEL.:

CID. SATÉLITE

Nº do REGISTRO:

 FSS CNSS OUTRO

A ENTIDADE É:

 AUTÔNOMA MANTENEDORA MANTIDA

CASO SEJA MANTENEDORA:

NÚMERO DE MANTIDAS:

NOME/ENDEREÇO DAS MANTIDAS:

CASO SEJA MANTIDA:

NOME DA MANTENEDORA

MANTENEDORA MANTÉM OUTRAS ENTIDADES?

 Sim Não

QUANTAS?

ENDEREÇO DA MANTENEDORA:

DIRETORIA ATUAL OU MAIS RECENTE:

PRESIDENTE:

SECRETÁRIO:

TESOUREIRO:

OUTRO:

QUESTIONÁRIO RESPONDIDO POR:



A PARTIR DESTA ETAPA DO QUESTIONÁRIO TODAS AS PERGUNTAS DIZEM RESPEITO  
A ATIVIDADES QUE ENVOLVAM ALIMENTAÇÃO PARA MENORES, GESTANTES/NUTRIZES E  
FAMÍLIAS.

As atividades para menores, gestantes/nutrizes e famílias que envolvem  
algum tipo de assistência alimentar, tiveram origem:

- dos grupos que iriam se beneficiar delas
- dos dirigentes da entidade
- das famílias moradores em geral
- dos comerciantes/empresários da região
- dos religiosos da região
- outra, qual?
- sem especificação

Para organização das atividades foi realizado:

- abaixo assinado
- reuniões na entidade
- foi procurado um político/partido para ajudar
- foi procurado um religioso para ajudar
- foram procuradas outras entidades da região
- outra, qual?
- sem especificação

Entre as atividades desenvolvidas pela entidade a assistência alimentar é:

- atividade principal
- atividade complementar

A assistência alimentar está prevista no estatuto da entidade?

- Sim
- Não

De acordo com a experiência da entidade no desenvolvimento da assistência alimentar, vocês gostariam:

- de fortalece-las
- extingui-las
- reformula-las, como?

As pessoas que frequentam atualmente as atividades da entidade:

- chegam espontaneamente/por informação de quem já frequenta
- chegam com indicações de políticos/líderes da região
- chegam com encaminhamento do centro de saúde/escola da região
- chegam em grupos organizados (grupos de mães, religiosos, etc)
- a entidade busca ativamente na região através de propaganda, visitas domiciliares
- Outra forma, qual?
- sem especificação

PÚBLICO I

- a maioria das pessoas atendidas são da própria região
- a maioria vem de outra cidade satélite
- a maioria vem das cidades do entorno
- a maioria são migrantes recentes

- a maioria é da área rural
- não há predominância de nenhuma das áreas

O transporte utilizado para chegarem à entidade:

- à pé
- ônibus
- carro
- outro, qual?

As pessoas atendidas consideram fácil chegar à entidade?

( ) Sim

( ) Não

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

RENDA

( ) Não

( ) Sim

( ) renda familiar até 2 SM.

( ) desempregado

( ) outro, qual?

( ) sem especificação

SITUAÇÃO FAMILIAR ( ) Não

( ) Sim

( ) famílias numerosas

( ) famílias de migrantes

( ) mãe solteira

( ) família chefiada por mulher

( ) desabrigados

( ) outro, qual?

( ) sem especificação

BIOLÓGICOS

( ) Não

( ) Sim

( ) menor, faixa etária:

( ) desnutrição

( ) gestante/nutriz

( ) deficiência física/mental

( ) doença específica, qual?

( ) outro, qual?

( ) sem especificação

ASSOCIAÇÃO FORMALIZADA ( ) Não

( ) Sim

CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA ( ) Não

( ) Sim

PARTICIPAÇÃO EM ATOS RELIGIOSOS

( ) Não

( ) Sim

Periodicidade ( ) diária

( ) semanal

( ) mensal

( ) eventual

( ) sem especificação

A distribuição do benefício é feita durante o ato religioso?

( ) Não

( ) Sim

PARTICIPAÇÃO EM ATOS POLÍTICOS

( ) Não

( ) Sim      Periodicidade: ( ) Semanal

( ) Mensal

( ) Eventual

( ) Sem especificação

A distribuição do benefício é feita durante o ato político?

( ) Não

( ) Sim

Só recebe o benefício quem participa de alguma atividade de

EDUCAÇÃO?

( ) Não

( ) Sim, qual? ( ) pré-escola

( ) 1º/2º grau

( ) supletivo

( ) curso técnico/profissionalizante

( ) berçário/creche

( ) educandário/orfanato

( ) outra, qual?

( ) sem especificação

Só recebe o benefício quem participa de alguma atividade de

SAÚDE?

( ) Não

( ) Sim, qual? ( ) consulta médica regular

( ) primeiros socorros

( ) acompanhamento de crescimento e desenvolvimento

( ) vacinação

( ) pré-natal

( ) Palestras/visitas domiciliares

( ) outra, qual?

( ) sem especificação



Só recebe o benefício quem participa de TRABALHO VOLUNTÁRIO?

- Não
- Sim, qual?
- auxílio na execução de atividades da entidade
  - manutenção da horta
  - limpeza
  - construção/reparos
  - outro, qual?
  - sem especificação

Este trabalho voluntário tem periodicidade:

- diária
- semanal
- mensal
- eventual
- outra, qual?
- sem especificação

Só recebe o benefício quem participa de PALESTRAS/REUNIÕES da entidade?

- Não
- Sim

Estas palestras/reuniões tem periodicidade:

- semanal
- mensal
- eventual
- outra, qual?
- sem especificação

Os temas abordados nas reuniões/palestras são:

- saúde
- educação
- religião
- política
- situação comunitária
- assuntos internos à entidade
- outro, qual?
- sem especificação

FICHA TÉCNICA POR PROGRAMA/ATIVIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA MENORES, GESTANTES, NUTRIZES E FAMÍLIAS.

Nome do programa:

Data de Implantação (mes/ano)

Programa Oficial ( ) não

( ) sim órgão público responsável: \_\_\_\_\_

Grupo Alvo: ( ) menores, faixa etária \_\_\_\_\_

( ) gestantes

( ) nutrizes

( ) famílias

Objetivos do programa: ( ) reduzir a pobreza

( ) reduzir mortalidade infantil

( ) reduzir a fome

( ) melhorar aproveitamento escolar

( ) Não sabe

( ) outro, qual? \_\_\_\_\_

( ) sem especificação

Número de vagas disponíveis: \_\_\_\_\_

Número de vagas necessárias: \_\_\_\_\_

Número de vagas ocupadas: \_\_\_\_\_

Número médio de faltas mensais: \_\_\_\_\_

Ações que desenvolve a nível alimentar:

( ) merenda escolar/pré-escolar

( ) refeições avulsas

( ) sopa

( ) cesta básica

( ) formulados

( ) cupons de leite

( ) outra, qual? \_\_\_\_\_

( ) sem especificação

Ações paralelas à atividade alimentar:

( ) consulta médica

( ) consultas de pré-natal

( ) consultas de puericultura

( ) acompanhamento de crescimento e desenvolvimento

( ) vacinação

( ) visitas domiciliares

( ) educação formal

( ) creche/berçário

( ) palestras

( ) outra, qual? \_\_\_\_\_

( ) sem especificação

## Critérios utilizados para seleção do beneficiário:

- renda, qual a faixa de corte? \_\_\_\_\_
- biológico, qual? \_\_\_\_\_
- outro, qual? \_\_\_\_\_

## Qual o critério para alta do programa?

- conseguir renda maior que o ponto de corte
- ultrapassar faixa etária
- deixar de amamentar
- não tem critério de alta
- outro, qual? \_\_\_\_\_
- sem especificação

## Periodicidade de distribuição do benefício:

- semanal
- mensal
- eventual
- outra, qual? \_\_\_\_\_
- sem especificação

## Controles existentes:

## Do beneficiário:

- prontuário de saúde
- cartão de crescimento e desenvolvimento
- cartão de vacina
- relatório de acompanhamento escolar
- prontuário de visitas domiciliares
- outro, qual? \_\_\_\_\_
- sem controle
- sem especificação

## Administrativos:

- controle de estoque
- controle de número de atendidos, faltosos
- controle de compras
- sem controle administrativo
- outro, qual? \_\_\_\_\_
- sem especificação

## Prestação de contas:

- feita ao órgão coordenador
- feita à assembleia dos sócios
- não é feita

- Periodicidade:  mensal  
 semestral  
 anual  
 outra, qual? \_\_\_\_\_

Fez alguma alteração da proposta original do programa? ( ) não  
( ) sim

se fez: em relação à cesta de alimentos: ( ) diminuiu para atender mais  
pessoas  
( ) mistura produtos de diversos  
programas  
( ) outra, qual? \_\_\_\_\_

em relação às atividades paralelas: ( ) não é possível executá-las  
( ) reduziu o elenco de atividade  
( ) não dispõe dos técnicos neces  
sários  
( ) outra, qual? \_\_\_\_\_

em relação ao grupo alvo: ( ) alterou a faixa etária para: \_\_\_\_\_  
( ) alterou o limite de renda para: \_\_\_\_\_  
( ) outra, qual? \_\_\_\_\_

Outras alterações : \_\_\_\_\_

Os beneficiários:

Consideram o alimento de boa qualidade? ( ) sim ( ) não

Consideram a quantidade adequada? ( ) sim ( ) não

Consideram as atividades complementares desnecessárias ( ) sim ( ) não

Os alimentos para a execução do programa, costumam chegar em boas condições?  
( ) sim ( ) não que providência é tomada? \_\_\_\_\_

Se sobra alimento do programa:

( ) é guardado para uma próxima distribuição

( ) é desviado para uma outra atividade, qual? \_\_\_\_\_

( ) é devolvido

( ) atende-se um número maior do que havia sido previsto

( ) outra providência, qual? \_\_\_\_\_

( ) não sabe

Considera a execução do programa fácil? ( ) sim

( ) não, quais as maiores dificulda-  
des? \_\_\_\_\_

O programa facilita o desenvolvimento de outras atividades na entidade?

( ) não ( ) sim, quais? \_\_\_\_\_

CAPACIDADE DE PRESSÃO JUNTO AOS ÓRGÃOS PÚBLICOS  
POR PROGRAMA

Qual foi o processo utilizado para firmar convênio?

- ( ) busca espontânea dos dirigentes da entidade
- ( ) convite da instituição executora
- ( ) auxílio de dirigentes políticos
- ( ) outro, qual? \_\_\_\_\_
- ( ) não sabe

Quais as exigências do órgão público para firmar o convênio?

- ( ) apresentação de projeto
- ( ) atendimento a grupos específicos, quais? \_\_\_\_\_
- ( ) diagnóstico da situação sócio-econômica local
- ( ) mínimo de condições físicas e materiais, quais? \_\_\_\_\_
- ( ) registro formalizado da entidade, em que instituição? \_\_\_\_\_
- ( ) contrapartida da entidade, qual?
  - ( ) financeira
  - ( ) serviços de saúde
  - ( ) educação
  - ( ) palestras
  - ( ) outra, qual? \_\_\_\_\_
- ( ) outras exigências, quais? \_\_\_\_\_

OFERTA DE ALIMENTOS  
POR PROGRAMA

Periódica ( ) Não ( ) Sim ( ) mensal  
( ) semanal  
( ) diária  
( ) outra, qual? \_\_\_\_\_

A doação é feita: ( ) em vales/cupons ( ) para troca de produto específico qual? \_\_\_\_\_

( ) para troca de qualquer alimento  
( ) para troca de qualquer produto

( ) em dinheiro

( ) em gênero ( ) cesta  
( ) refeição  
( ) lanche  
( ) sopa

Alimentos oferecidos nas refeições/cestas:

Alimento	Doação		Compra	Volume	Periodicidade		
	pública	privada			D	S	M
ARROZ	( )	( )	( )		( )	( )	( )
FEIJÃO	( )	( )	( )		( )	( )	( )
CARNE/OVOS	( )	( )	( )		( )	( )	( )
VERDURAS/LEGUMES	( )	( )	( )		( )	( )	( )
FRUTAS	( )	( )	( )		( )	( )	( )
LEITE	( )	( )	( )		( )	( )	( )
ÓLEO	( )	( )	( )		( )	( )	( )
AÇÚCAR	( )	( )	( )		( )	( )	( )
FAR. MANDIOCA	( )	( )	( )		( )	( )	( )
FUBÁ	( )	( )	( )		( )	( )	( )
PÃO/MACARRÃO	( )	( )	( )		( )	( )	( )
DOCES	( )	( )	( )		( )	( )	( )
FORMULADOS	( )	( )	( )		( )	( )	( )
OUTROS? QUAIS:	( )	( )	( )		( )	( )	( )
	( )	( )	( )		( )	( )	( )
	( )	( )	( )		( )	( )	( )

Dê a composição típica ( conforme o programa):  
de uma cesta distribuída:

Produto

Quantidade

de uma refeição ou merenda:

de um lanche:

de uma sopa:

Número de cupons distribuídos por beneficiário:

Valor monetário do vale ou da doação:





INFRA-ESTRUTURA E MATERIAL DA ENTIDADE PARA TODAS AS ATIVIDADES

ESPAÇO FÍSICO

- cozinha
- despensa
- sala de atendimento
- sala de espera
- salas de aula
- refeitório
- espaço para recreação
- salas de reunião

ADEQUAÇÃO

- sim             não
- sim             não
- sim             não
- sim             não
- sim             não
- sim             não
- sim             não
- sim             não

Área construída disponível:

m<sup>2</sup> aproximadamente

Equipamentos e Material

- escritório
- transporte
- instrumentos para consulta/exames
- material escolar/pedagógico
- utensílios para preparo de alimentos
- geladeira
- câmara frigorífica/freezer
- fogão
- utensílios para consumo de alimentos

Adequação

- sim             não
- sim             não
- sim             não
- sim             não
- sim             não
- industrial     doméstica
- industrial     doméstico
- industrial     doméstico
- sim             não

Quais os 3 materiais que mais fazem falta na entidade? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS  
CAPACIDADE DE ARRECADAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

- ( ) Recursos públicos
- ( ) LBA \$ aproximado
  - ( ) INAN \$
  - ( ) SEHAC \$
  - ( ) Fund. Hospitalar \$
  - ( ) Fund. Serviço Social \$
  - ( ) Fund. Educacional \$
  - ( ) GDF \$
  - ( ) Subvenção social de parlamentar \$
  - ( ) Outros, quais? \_\_\_\_\_ \$
- ( ) Recursos privados
- ( ) particulares \$
  - ( ) políticos \$
  - ( ) empresas \$
  - ( ) comércio \$
  - ( ) outros, quais? \_\_\_\_\_ \$
- ( ) Geração própria
- ( ) aplicação no mercado financeiro \$
  - ( ) mensalidades \$
  - ( ) prestação de serviços, quais? \_\_\_\_\_ \$
  - ( ) atividades comerciais, quais? \_\_\_\_\_ \$
  - ( ) outras, quais \_\_\_\_\_ \$

PROCESSOS BUROCRÁTICOS E ADMINISTRATIVOS

- Faz licitação para efetuar suas compras ( ) não  
( ) sim ( ) para qualquer compra  
( ) eventualmente

- Faz controle contábil ( ) não  
( ) sim
- ( ) balancete anual
  - ( ) balancete semestral
  - ( ) balancete mensal
  - ( ) livro caixa
  - ( ) outro, qual? \_\_\_\_\_

- Faz controle de estoque? ( ) não  
( ) sim
- ( ) diário
  - ( ) semanal
  - ( ) mensal
  - ( ) semestral
  - ( ) anual

## FAZ prestação de contas?

- ao financiador                    periodicidade:
- ao associado                    periodicidade:
- ao conselho fiscal            periodicidade
- outros, quais? \_\_\_\_\_ periodicidade:
- não faz

## Formas de pagamento das compras de alimentos:

- à vista
- repasse antecipado
- à prazo     15 dias
- 30 dias
- 45 dias
- 60 dias
- outra, qual? \_\_\_\_\_

## Local de aquisição de alimentos:

- rede de comércio varejista local
- atacadista
- CEASA
- fontes produtoras
- outros, quais? \_\_\_\_\_

	SUBTOTAL	TOTAL
I. Volume Solicitado	-	
II. Volume Aprovado	-	
III. Volume Arrecadado	-	
IV. Volume Utilizado	-	
1. Bolsas de Estudos	-	
2. Assistência Social	-	
Medicamentos		-
Alimentos		-
Vestuário		-
Consultas Médicas		-
Internação Hospitalar		-
Auxílio Funeral		-
Construção de Fossa		-
Outros, quais?		-
3. Assistência Educacional e Cultural	-	

QUADRO FINANCEIRO DA ENTIDADE - 1989 ( em valores correntes)

VOLUME TOTAL  
DE RECURSOS

DISPONÍVEL

GASTO

---

Origem:

Doações Privadas (total)

Doações Públicas: (total)

Subvenção Parlamentar

LBA

SEHAC

Fund. Educacional

Fund. Hospitalar

Fund. Serviço Social

GDF

Funabem

Outras, quais?

Geração Própria ( total)

Aplicação financeira

mensalidades

prestação de serviços

atividades comerciais

outros, quais?

QUADRO DE RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS

PROFISSIONAL	QTDE	ESCOLAR:	LOCAL	TREINAMENTO	CONVÊNIO	PERM. ESPOR.	VOLUNT. REMUN. CART.	ATIVIDADE
professor	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
médico	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
enfermeira	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
atendente de saúde	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
contador	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
nutricionista	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
crecheira	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
cozinheira	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
peçoal de limpeza	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
peçoal administrativo	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
outros, quais?								

Nível de escolaridade: **5** = alfabetizado  
**2** = 1º grau  
**1** = 2º grau  
**3** = 3º grau  
**I** = Incompleto  
**C** = Completo

**A N E X O    I I I**

**2º QUESTIONÁRIO  
(ÚLTIMA VERSÃO)**

"O NOVO PADRÃO DE GERENCIAMENTO DO SETOR PÚBLICO: O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES PARAGOVERNAMENTAIS NO ATENDIMENTO ALIMENTAR DAS POPULAÇÕES MAIS POBRES DO DISTRITO FEDERAL" PEF/NESP/UnB

ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO Nº |\_|\_|\_ TIPO |\_|

ENTIDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CID.SATÉLITE: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

- ENTIDADE NÃO LOCALIZADA
- ENTIDADE NÃO ESTÁ FUNCIONANDO
- ENTREVISTA NÃO REALIZADA POIS, A ENTIDADE É SOMENTE SEDE ADMINISTRATIVA
- ENTREVISTA RECUSADA

QUESTIONÁRIO INICIADO:

DATA DA 1ª ENTREVISTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QUESTIONÁRIO  COMPLETO  INCOMPLETO

1ª VISITA SEM INÍCIO DO QUESTIONÁRIO

RETORNO MARCADO  SIM  NÃO

DATA DO RETORNO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RETORNO REALIZADO  SIM  NÃO

QUESTIONÁRIO INICIADO

INSUCESSO, ENTIDADE ABANDONADA

DATA DA 2ª ENTREVISTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QUESTIONÁRIO  COMPLETO  INCOMPLETO

SE O QUESTIONÁRIO ESTIVER INCOMPLETO, ESPECIFICAR EM QUE BLOCO/DATA DE RECOLHIMENTO:

QUADRO DE RH - RECOLHIMENTO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QUADRO FINANCEIRO - RECOLHIMENTO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QUADRO DE GASTOS - RECOLHIMENTO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OUTRAS PARTES INCOMPLETAS: \_\_\_\_\_

DATA MARCADA PARA COMPLETAR O QUESTIONÁRIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NÃO VAI SER POSSÍVEL COMPLETÁ-LO, MOTIVO: \_\_\_\_\_

QUESTIONÁRIO RESPONDIDO POR (NOME DO PESQUISADO E SUA FUNÇÃO)

POSSIBILIDADE PARA EXECUÇÃO DO ESTUDO DE CASO:  SIM

NÃO



QUESTIONÁRIO Nº |\_|\_|\_|

CARTÃO Nº |0|1|

\* \* \* 1º BLOCO \* \* \*

\* \* \* IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE \* \* \*

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE SATÉLITE: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

1. ANO DE FUNDAÇÃO: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|  
1 2 3 4

2. A ENTIDADE É REGISTRADA NA: SIM=1 NÃO=2  
 SDS/GDF |\_|  
5  
 CNSS/MAS |\_|  
6  
 OUTRO, QUAL? \_\_\_\_\_ |\_|\_|  
7 8

3. A ENTIDADE TEM ASSENTIMENTO SANITÁRIO PARA 1991?  
 SIM= 1 |\_|  
9  
 NÃO= 2  
 EM PROCESSO= 3

4. A ENTIDADE TEM DECLARAÇÃO DE UTILIDADE PÚBLICA?  
 SIM= 1 |\_|  
10  
 NÃO= 2  
 EM PROCESSO= 3

5. A ENTIDADE FUNCIONOU EM 1990?  
 SIM= 1 |\_|  
11  
 NÃO= 2

6. CASO NÃO TENHA FUNCIONADO, QUAIS FORAM OS DOIS PRINCIPAIS MOTIVOS?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

|\_|\_|  
12 13  
 |\_|\_|  
14 15

7. A ENTIDADE É:

- ( ) AUTÔNOMA = 1
- ( ) MANTENEDORA = 2
- ( ) MANTIDA = 3

16

8. A ENTIDADE TEM ALGUM POSTO AVANÇADO/AGÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NO DF?

- ( ) SIM = 1
- ( ) NÃO = 2

17

CASO SIM:

9. EM QUE LOCAIS SÃO ESTES POSTOS?

\_\_\_\_\_ 18 \_\_\_\_\_ 23

10. O FUNCIONAMENTO DO(S) POSTO(S)/AGÊNCIA(S) É:

- ( ) DIÁRIO = 1
- ( ) SEMANAL = 2
- ( ) QUINZENAL = 3
- ( ) MENSAL = 4
- ( ) EVENTUAL = 5
- ( ) OUTRO, QUAL? = 6-9 \_\_\_\_\_

24

11. DISCRIMINAR O ATENDIMENTO NO(S) POSTO(S)/AGÊNCIA(S):

<u>GRUPO-ALVO</u>	<u>ATIVIDADE</u>	<u>Nº ATENDIDOS</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

25 \_\_\_\_\_ 31  
 32 \_\_\_\_\_ 38  
 39 \_\_\_\_\_ 45  
 46 \_\_\_\_\_ 52

12. OS GASTOS DO(S) POSTO(S)/AGÊNCIA(S) ESTÃO INCLUÍDOS NO BALANÇO DA ENTIDADE?

- ( ) SIM = 1
- ( ) NÃO = 2

53

13. OS GASTOS COM O PESSOAL QUE TRABALHA NO(S) POSTO(S)/AGÊNCIA(S)  
ESTÃO INCLUÍDOS NO BALANÇO DA ENTIDADE?

- ( ) SIM = 1  
( ) NÃO = 2

|\_|  
54

14. O(S) POSTO(S)/AGÊNCIA(S) RECEBEM RECURSOS PARA SEU FUNCIONAMENTO QUE  
NÃO VENHAM DA PRÓPRIA ENTIDADE?

- ( ) SIM = 1  
( ) NÃO = 2

|\_|  
55

PARA TODAS AS ENTIDADES:

15. A ENTIDADE FAZ PARTE DE ALGUMA REDE?

- ( ) SIM = 1  
( ) NÃO = 2

|\_|  
56

16. CASO SIM, A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DESSA REDE É:

- ( ) LOCAL = 1  
( ) ESTADUAL = 2  
( ) NACIONAL = 3  
( ) INTERNACIONAL = 4

|\_|  
67

CASO A ENTIDADE SEJA MANTENEDORA:

17. QUAL É O NÚMERO DE MANTIDAS (com qualquer localização geográfica):

\_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|  
58 60

18. ANOTE OS NOMES DAS MANTIDAS NO DF:

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

CASO SEJA MANTIDA:

19. QUAL É O NOME DA MANTENEDORA?

\_\_\_\_\_

20. A MANTENEDORA TEM OUTRAS MANTIDAS?

( ) SIM = 1

( ) NÃO = 2

|\_|  
61

21. CASO SIM, QUAL É O NÚMERO DE MANTIDAS (excluir a entidade entrevistada)?

\_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|  
62 64

22. A MANTENEDORA ESTÁ LOCALIZADA:

( ) NO DISTRITO FEDERAL = 1

( ) EM OUTRO ESTADO = 2

( ) EM OUTRO PAÍS = 3

|\_|  
63

23. DIRETORIA ATUAL:

\*PRESIDENTE:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO PRINCIPAL \_\_\_\_\_

|\_|\_|  
66 67  
|\_|\_|  
68 69

\*SECRETÁRIO:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO PRINCIPAL \_\_\_\_\_

|\_|\_|  
70 71  
|\_|\_|  
72 73

\*TESOUREIRO:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO PRINCIPAL \_\_\_\_\_

|\_|\_|  
74 75  
|\_|\_|  
76 77

24. NÚMERO TOTAL DE DIRETORES:

\_\_\_\_\_

|\_|\_|  
78 79

QUESTIONÁRIO Nº         

CARTÃO Nº         

25. TODOS OS CARGOS DA DIRETORIA FORAM PREENCHIDOS POR:

- ( ) INDICAÇÃO DA MANTENEDORA = 1 |\_|\_|  
|\_|\_|<sub>2</sub>
- ( ) INDICAÇÃO DA DIRETORIA ANTERIOR = 2
- ( ) ELEIÇÃO EM ASSEMBLÉIA DE SÓCIOS = 3
- ( ) RECONDUÇÃO PELA MANTENEDORA = 4
- ( ) RECONDUÇÃO PELA ASSEMBLÉIA DE SÓCIOS = 5
- ( ) OUTRO, QUAL? 6-99

26. QUAIS FORAM OS GRUPOS QUE FUNDARAM A ENTIDADE? Sim=1 Não=2

- ( ) GRUPO DE MÃES |\_|  
|\_|<sub>3</sub>
- ( ) MOVIMENTO COMUNITÁRIO LOCAL |\_|  
|\_|<sub>4</sub>
- ( ) GRUPO DE ESPORTISTAS |\_|  
|\_|<sub>5</sub>
- ( ) COMERCIANTES |\_|  
|\_|<sub>6</sub>
- ( ) EMPRESÁRIOS |\_|  
|\_|<sub>7</sub>
- ( ) RELIGIOSO |\_|  
|\_|<sub>8</sub>
- ( ) NÃO SABE |\_|  
|\_|<sub>9</sub>
- ( ) OUTRO, QUAL? \_\_\_\_\_ |\_|\_|  
|\_|\_|<sub>10</sub> <sub>11</sub>

27. OS DIRIGENTES ATUAIS TEM A MESMA ORIGEM/FORMAÇÃO DO GRUPO FUNDADOR?

- ( ) SIM = 1 |\_|  
|\_|<sub>12</sub>
- ( ) NÃO = 2

28. SE O GRUPO DE ORIGEM FOI RELIGIOSO, QUAL A SUA RELIGIÃO?

\_\_\_\_\_ |\_|\_|  
|\_|\_|<sub>13</sub> <sub>14</sub>

29. QUAIS SÃO OS OBJETIVOS DA ENTIDADE? (anotar no máximo 3 objetivos na ordem e forma expressa pela pessoa)

\_\_\_\_\_ |\_|\_|  
|\_|\_|<sub>15</sub> <sub>16</sub>

\_\_\_\_\_ |\_|\_|  
|\_|\_|<sub>17</sub> <sub>18</sub>

\_\_\_\_\_ |\_|\_|  
|\_|\_|<sub>19</sub> <sub>20</sub>

30. A ENTIDADE TEM O OBJETIVO DE DIFUNDIR DOÚTRINA RELIGIOSA?

( ) SIM = 1

( ) NÃO = 2

11  
21

31. AS PESSOAS QUE FREQUENTAM ATUALMENTE AS ATIVIDADES DA ENTIDADE:

(cnumerar de forma decrescente de importância as 3 principais formas de acesso)

( ) CHEGAM ESPONTANEAMENTE OU POR INFORMAÇÃO DE QUEM JÁ FREQUENTA; =1

1111111  
22 27

( ) CHEGAM COM INDICAÇÕES DE POLÍTICOS/LÍDERES DA REGIÃO; =2

( ) CHEGAM A PARTIR DE INFORMAÇÕES DE SERVIÇOS PÚBLICOS; =3

( ) CHEGAM COM ENCAMINHAMENTO DE CENTRO DE SAÚDE/ESCOLA; =4

( ) CHEGAM COM ENCAMINHAMENTO DE OUTROS ÓRGÃOS PÚBLICOS; =5

( ) CHEGAM EM GRUPOS ORGANIZADOS (grupos de mães, religiosos etc); =6

( ) A ENTIDADE BUSCA ATIVAMENTE NA REGIÃO ATRAVÉS DE PRO PAGANDA E VISITAS DOMICILIARES; =7

( ) OUTRA FORMA, QUAL? =8-99

\* \* \* 2º BLOCO \* \* \*

\* \* DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO POR CLIENTELA E FAIXA ETÁRIA \* \*

\* \* ATENDIMENTO PARA MENORES DE 18 anos \* \*

32. NÚMERO TOTAL DE ATENDIDOS NO ÚLTIMO MÊS:

\_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|\_|  
28 31

33. CAPACIDADE TOTAL DE ATENDIMENTO MENSAL:

\_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|\_|  
32 35

34. CASO O NÚMERO DE ATENDIDOS SEJA DIFERENTE DA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO, ANOTAR OS MOTIVOS DE TAL DIFERENÇA:

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

35. FAIXAS ETÁRIAS ATENDIDAS:

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

|\_|  
36  
|\_|  
37  
|\_|  
38  
|\_|  
39  
|\_|  
40

36. UNIDADES/EQUIPAMENTOS PARA ATENDIMENTO EM TODAS AS ATIVIDADES ASSISTÊNCIAIS PARA MENORES DE 18 anos: SIM=1 NÃO=2

	NÚMERO DE ATENDIDOS (no último mês)		
	ATÉ 6a e 11me	7 anos e mais	
( ) ORFANATO	_____	_____	41                 47
( ) INTERNATO	_____	_____	48                 54
( ) SEMI-INTERNATO	_____	_____	55                 61
( ) EXTERNATO	_____	_____	62                 68
( ) CASA-LAR	_____	_____	69                 75
( ) CENTRO-SOCIAL	_____	_____	7                 CT.03
OUTRO, QUAL?	_____	_____	7
( ) _____	_____	_____	8                 15
( ) _____	_____	_____	16                 23

37. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM EDUCAÇÃO: SIM=1 NÃO=2

ATIVIDADE	FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE ATENDIDOS(último mês)
( ) ATIV. CRECHE/BERÇÁRIO	_____	24                 28
( ) ATIV. PRÉ-ESCOLA	_____	24                 33
( ) ACOMPANHAMENTO/ REFORÇO ESCOLAR	_____	34                 38
( ) ENCAMINHAMENTO À REDE PÚBLICA	_____	39                 43
( ) BOLSA DE ESTUDO INTEGRAL	_____	44                 48
( ) BOLSA DE ESTUDO PARCIAL	_____	49                 53
( ) ATIV. MOTRICIDADE/ PEDAGÓGICA	_____	54                 58
( ) 1º GRAU	_____	59                 63
( ) 2º GRAU	_____	64                 68
( ) ALFABETIZAÇÃO	_____	69                 73
( ) _____	_____	7                 CT.03
( ) _____	_____	7                 12



QUESTIONÁRIO Nº |\_|\_|\_|

38. AS ATIVIDADES ASSINALADAS SÃO DESENVOLVIDAS EM REGIME DE:

(caso haja diferenças entre as atividades, especificar para cada uma, o regime de funcionamento. Para as atividades de ENCAMINHAMENTO À REDE PÚBLICA E BOLSA DE ESTUDOS NÃO preencher)

ATIVIDADE	REGIME(*)	
_____	_____	_ _ _  13 15
_____	_____	_ _ _  16 18
_____	_____	_ _ _  19 21
_____	_____	_ _ _  22 24
_____	_____	_ _ _  25 27
_____	_____	_ _ _  28 30
_____	_____	_ _ _  31 33
_____	_____	_ _ _  34 36

(\*) REGIME: Diária/Período Integral=1  
 Diária/1 Período=2  
 Atividade Periódica=3  
 Atividade Eventual=4

SE HOUVER ATIVIDADES EM CRECHE:

39. SÃO DESENVOLVIDAS ATIVIDADES DE PRÉ-ALFABETIZAÇÃO E ALFABETIZAÇÃO

( ) SIM = 1

( ) NÃO = 2

|\_|  
37

40. QUAIS SÃO AS 3 PRINCIPAIS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS E DE MOTRICIDADE DESENVOLVIDAS?

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

|\_|\_|\_|  
38 39  
 |\_|\_|\_|  
40 41  
 |\_|\_|\_|  
42 43

SE HOUVER ATIVIDADES EM PRÉ-ESCOLA:

41. SÃO DESENVOLVIDAS ATIVIDADES DE PRÉ-ALFABETIZAÇÃO E ALFABETIZAÇÃO?

( ) SIM = 1

( ) NÃO = 2

|\_|  
44

42. QUAIS SÃO AS 3 PRINCIPAIS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS E DE MOTRICIDADE DESENVOLVIDAS?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|\_|\_|  
45 46  
|\_|\_|  
47 48  
|\_|\_|  
49 50

43. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM SAÚDE: SIM=1 NÃO=2

ATIVIDADE	SE POSSÍVEL ANOTAR:		
	NÚMERO DE ATENDIDOS(*)	REGIME(**)	
( ) ATENDIMENTO MÉDICO	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  51 55
( ) ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  56 60
( ) ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  61 65
( ) ATENDIMENTO PSICOLÓGICO	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  66 70
( ) ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  CT.5 1 5
( ) VACINAÇÃO	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  6 10
( ) ATIVIDADES DE HIGIENE	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  11 15
( ) ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  16 20
( ) EDUCAÇÃO EM SAÚDE	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  21 25
( ) ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇOS DE SAÚDE	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  26 30
( ) ATENDIMENTO A DOENÇAS ESPECÍFICAS, QUAL?	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  31 36
OUTRO, QUAL?	_____	_____	
( ) _____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  37 42
( ) _____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _  43 48

(\*) NO ÚLTIMO MÊS

(\*\*) REGIME: Periódico=1  
Eventual=2

QUESTIONÁRIO Nº

\_\_\_\_

44. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ALIMENTAÇÃO: SIM=1 NÃO=2

ATIVIDADE

- |   |      |    |
|---|------|----|
| ( ) FORNECIMENTO DE LANCHES   | ____ | 49 |
| ( ) FORNECIMENTO DE REFEIÇÕES   | ____ | 50 |
| ( ) PROGRAMA GOVERNAMENTAL DE MERENDA ESCOLAR/FAE                                       | ____ | 51 |
| ( ) DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS   | ____ | 52 |
| ( ) PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE SUPLEMENTAÇÃO E<br>COMPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR (PSA E PCA) | ____ | 53 |
| ( ) ATENDIMENTO AO DESNUTRIDO   | ____ | 54 |
| ( ) DISTRIBUIÇÃO DE SOPA  | ____ | 55 |
| ( ) LEITE DA FUNDAÇÃO OK  | ____ | 56 |
| OUTRO, QUAL?  |      |    |
| ( ) _____   | ____ | 57 |
| ( ) _____   | ____ | 58 |
| ( ) _____   | ____ | 59 |
| ( ) _____   | ____ | 60 |
| ( ) _____   | ____ | 61 |
| ( ) _____   | ____ | 62 |

45. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM PROFISSIONALIZAÇÃO NESTE PRIMEIRO SEMESTRE DE 1991: SIM=1 NÃO=2

- |                                  |      |    |
|----------------------------------|------|----|
| ( ) GUARDA/LEGIÃO/PATRULHA MIRIM | ____ | 63 |
| ( ) CLUBE DE ENGRAXATES          | ____ | 64 |
| ( ) MARCENARIA                   | ____ | 65 |
| ( ) SERRALHERIA                  | ____ | 66 |
| ( ) DATILOGRAFIA                 | ____ | 67 |
| ( ) ELETRÔNICA                   | ____ | 68 |
| ( ) ARTESANATO                   | ____ | 69 |
| ( ) CCRTE-COSTURA                | ____ | 70 |
| ( ) LÍNGUAS                      | ____ | 71 |
| ( ) AGRICULTURA                  | ____ | 72 |
| ( ) ENCAMINHAMENTO PARA EMPREGO  | ____ | 73 |
| OUTRA, QUAL?                     |      |    |
| ( ) _____                        | ____ | 74 |
| ( ) _____                        | ____ | 75 |

CT.06

46. AS ATIVIDADES PROFISSIONALIZANTES GERAM RECURSOS FINANCEIROS  
PARA O BENEFICIÁRIO?

( ) SIM = 1

6

( ) NÃO = 2

( ) EVENTUALMENTE = 3

47. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: SIM=1 NÃO=2

( ) ATIVIDADE RELIGIOSA

7

( ) ATIVIDADE ESPORTIVA

8

( ) RECREAÇÃO

9

( ) ORGANIZAÇÃO DE GRUPO DE JOVENS PARA ATIVIDADES DIVERSAS

10

( ) ATIVIDADE CULTURAL

11

( ) GUARDA DE CRIANÇAS MENORES DE 7 ANOS

12

( ) ENCAMINHAMENTO PARA ADOÇÃO DE ÓRFÃOS/ABANDONADOS POR  
FAMÍLIAS

13

OUTRA, QUAL?

13

( ) \_\_\_\_\_

14  15

( ) \_\_\_\_\_

16  17

48. ATIVIDADES DE ATENÇÃO AOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA MENTAL, FÍSICA VISUAL E AUDITIVA. (Para atendimento em QUALQUER faixa etária)

NUMERAR OS 3 PRINCIPAIS GRUPOS ATENDIDOS, POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA DECRESCENTE:

( ) SÍNDROME DE DOWN=1

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
16 23

( ) PARAPLEGIA=2

( ) CEGUEIRA=3

( ) SURDEZ=4

( ) MUDEZ=5

( ) SURDO-MUDEZ=6

OUTRA, QUAL? =7-99

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

49. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA:

SIM=1 NÃO=2

ATIVIDADE	REGIME(*)	
( ) ATENDIMENTO FISIOTERÁPICO/REABILITAÇÃO	_____	_ _ _ _  24 25
( ) EDUCAÇÃO ESPECIAL	_____	_ _ _ _  26 27
( ) ASSISTÊNCIA MÉDICA	_____	_ _ _ _  28 29
( ) ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	_____	_ _ _ _  30 31
( ) ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO ESPECIALIZADO	_____	_ _ _ _  32 33
( ) ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA	_____	_ _ _ _  34 35
( ) PROFISSIONALIZAÇÃO	_____	_ _ _ _  36 37
( ) AJUDA ALIMENTAR	_____	_ _ _ _  38 39
( ) RECREAÇÃO/LAZER/ESPORTE	_____	_ _ _ _  40 41
( ) ENSINO FORMAL DE 1º/2º GRAU	_____	_ _ _ _  42 43
OUTRA, QUAL?		
( ) _____	_____	_ _ _ _  44 46
( ) _____	_____	_ _ _ _  47 49

(\*) REGIME: Diária/Período Integral=1 Diária/1 Período=2  
Atividade Periódica=3 Atividade Eventual=4

50. ASSINALAR AS UNIDADES DE ATENDIMENTO PARA OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA:

SIM=1 NÃO=2

- |                    |   |    |
|--------------------|---|----|
| ( ) ORFANATO       | _ | 50 |
| ( ) INTERNATO      | _ | 51 |
| ( ) SEMI-INTERNATO | _ | 52 |
| ( ) EXTERNATO      | _ | 53 |
| ( ) CENTRO-SOCIAL  | _ | 54 |
| OUTRA, QUAL?       |   |    |
| ( ) _____          | _ | 55 |
| ( ) _____          | _ | 56 |

51. NÚMERO DE PORTADORES DE DEFICIÊNCIA ATENDIDOS NAS DIVERSAS ATIVIDADES

(no último mês):

CAPACIDADE TOTAL DE ATENDIMENTO _____	_ _ _ _	57	60
TOTAL DE ATENDIDOS _____	_ _ _ _	61	64

QUESTIONÁRIO Nº | | | |

ATIVIDADES PARA MAIORES DE 18 anos E FAMÍLIAS

52. ASSINALAR AS UNIDADES DE ATENDIMENTO: SIM=1 NÃO=2

- ( ) ALBERGUE | |  
65
- ( ) CASA DA GESTANTE | |  
66
- ( ) DISPENSÁRIO | |  
67
- ( ) ESCOLA | |  
68
- ( ) CENTRO PROFISSIONALIZANTE | |  
69
- ( ) CENTRO-SOCIAL | |  
70
- ( ) CLUBE ESPORTIVO | |  
71
- OUTRA, QUAL?

- ( ) \_\_\_\_\_ | | | | CT.07  
1 2
- ( ) \_\_\_\_\_ | | | |  
3 4

53. ATIVIDADES EM EDUCAÇÃO: SIM=1 NÃO=2

- ( ) ALFABETIZAÇÃO | |  
5
- ( ) PROFISSIONALIZAÇÃO | |  
6
- ( ) BOLSA DE ESTUDOS | |  
7
- ( ) SUPLETIVO DE 1º ou 2º GRAU | |  
8
- ( ) PROFISSIONALIZAÇÃO EM PRODUÇÃO/MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS?  
QUAL? \_\_\_\_\_ | | | |  
9 10
- OUTRA, QUAL?
- ( ) \_\_\_\_\_ | | | |  
11 12
- ( ) \_\_\_\_\_ | | | |  
13 14

54. AS ATIVIDADES PROFISSIONALIZANTES GERAM RECURSOS FINANCEIROS  
PARA O BENEFICIÁRIO?

- ( ) SIM = 1 | |  
15
- ( ) NÃO = 2
- ( ) EVENTUALMENTE = 3

55. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM SAÚDE: SIM=1 NÃO=2

- ( ) ATENDIMENTO MÉDICO |\_|  
16
- ( ) ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA |\_|  
17
- ( ) ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO |\_|  
18
- ( ) ATENDIMENTO PSICOLÓGICO |\_|  
19
- ( ) ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM |\_|  
20
- ( ) DOAÇÃO/DESCONTO EM MEDICAMENTOS |\_|  
21
- ( ) EDUCAÇÃO EM SAÚDE |\_|  
22
- ( ) EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES/NUTRIZES |\_|  
23
- ( ) ATENDIMENTO PRÉ-NATAL |\_|  
24
- ( ) VISITAS DOMICILIARES PARA ORIENTAÇÃO |\_|  
25
- ( ) ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇOS DE SAÚDE |\_|  
26
- ( ) ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL/PARTO |\_|  
27
- ( ) ATENDIMENTO EM DOENÇAS ESPECÍFICAS, QUAL? |\_|\_|  
28 29
- \_\_\_\_\_ |\_|\_|  
30 31
- ( ) \_\_\_\_\_ |\_|\_|  
32 33
- ( ) \_\_\_\_\_

56. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ALIMENTAÇÃO: SIM=1 NÃO=2

- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE LANCHES/REFEIÇÕES |\_|  
34
- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS |\_|  
35
- ( ) PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE SUPLEMENTAÇÃO E COMPLE-  
MENTAÇÃO ALIMENTAR (PSA/PCA) |\_|  
36
- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE SOPA |\_|  
37
- ( ) CESTAS DE ALIMENTOS EM DATAS FESTIVAS |\_|  
38
- OUTRA, QUAL? |\_|\_|  
39 40
- ( ) \_\_\_\_\_ |\_|\_|  
41 42
- ( ) \_\_\_\_\_



57. ATIVIDADES SÓCIO-CULTURAIS E ESPORTIVAS: SIM=1 NÃO=2

( ) PALESTRAS SOBRE ASSUNTOS GERAIS

|\_|  
43

( ) ATIVIDADES CULTURAIS EM GERAL

|\_|  
44

( ) LAZER/EXCURSÕES

|\_|  
45

( ) REUNIÕES RELIGIOSAS

|\_|  
46

( ) BAILES/REUNIÕES SOCIAIS

|\_|  
47

( ) CLUBE DE LEITURA

|\_|  
48

( ) ESPORTE

|\_|  
49

OUTRA, QUAL?

( ) \_\_\_\_\_

|\_| |\_  
50 51

( ) \_\_\_\_\_

|\_| |\_  
52 53

58. OUTRAS ATIVIDADES: SIM=1 NÃO=2

( ) ATENDIMENTO AO MIGRANTE

|\_|  
54

( ) DOAÇÃO DE MATERIAL DE CONSTRUÇÃO PARA MORADIA

|\_|  
55

( ) ORIENTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DE EMPREGO

|\_|  
56

( ) PLANTÃO DE SERVIÇO SOCIAL

|\_|  
57

( ) ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA E REIVINDICATÓRIA

|\_|  
58

( ) BAZAR DE ROUPAS

|\_|  
59

( ) DOAÇÃO DE DINHEIRO

|\_|  
60

( ) DOAÇÃO DE MATERIAL ESCOLAR/UNIFORME

|\_|  
61

( ) DOAÇÃO DE ROUPAS/ENXOVAIS etc

|\_|  
62

( ) VISITAS DOMICILIARES

|\_|  
63

( ) HORTA/PADARIA COMUNITÁRIA

|\_|  
64

( ) RECRUTAMENTO DE GRUPOS DE VOLUNTÁRIOS PARA ATIVIDADES  
NA COMUNIDADE. QUAIS? \_\_\_\_\_

|\_| |\_  
65 66

OUTRA, QUAL?

( ) \_\_\_\_\_

|\_| |\_  
67 68

( ) \_\_\_\_\_

|\_| |\_  
69 70

QUESTIONÁRIO Nº

|\_|\_|\_|

59. NÚMERO DE MAIORES DE 18 ANOS ATENDIDOS NAS DIVERSAS ATIVIDADES:

(no último mês)

- |   |                     |
|---|---------------------|
| * CAPACIDADE TOTAL DE ATENDIMENTO _____ | _ _ _ _  CT.08<br>4 |
| * TOTAL DE ATENDIDOS _____              | _ _ _ _ <br>5 8     |
| * ATENDIDOS EM SAÚDE _____              | _ _ _ _ <br>9 12    |
| * ATENDIDOS EM EDUCAÇÃO _____           | _ _ _ _ <br>13 16   |
| * ATENDIDOS EM ALIMENTAÇÃO _____        | _ _ _ _ <br>17 20   |
| * ATENDIDOS EM OUTRAS ATIVIDADES _____  | _ _ _ _ <br>21 24   |

60. NÚMERO DE FAMÍLIAS ATENDIDAS NAS DIVERSAS ATIVIDADES:

(no último mês)

- |   |                   |
|---|-------------------|
| * CAPACIDADE TOTAL DE ATENDIMENTO _____ | _ _ _ _ <br>25 28 |
| * TOTAL DE ATENDIDOS _____              | _ _ _ _ <br>29 32 |
| * ATENDIDOS EM SAÚDE _____              | _ _ _ _ <br>33 36 |
| * ATENDIDOS EM EDUCAÇÃO _____           | _ _ _ _ <br>37 40 |
| * ATENDIDOS EM ALIMENTAÇÃO _____        | _ _ _ _ <br>41 44 |
| * ATENDIDOS EM OUTRAS ATIVIDADES _____  | _ _ _ _ <br>45 48 |

ATENDIMENTO A IDOSOS

61. ASSINALAR AS UNIDADES DE ATENDIMENTO: SIM=1 NÃO=2

- ( ) ASILO
- ( ) CENTRO-SOCIAL
- ( ) ALBERGUE
- ( ) DISPENSÁRIO
- ( ) OUTRO, QUAL? \_\_\_\_\_

49  
50  
51  
52  
53 54

62. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: SIM=1 NÃO=2

ATIVIDADE REGIME (\*)

- ( ) GRUPOS DE LAZER \_\_\_\_\_
- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS \_\_\_\_\_
- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES \_\_\_\_\_
- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE LANCHES \_\_\_\_\_
- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE SOPA \_\_\_\_\_
- ( ) AUXÍLIO FINANCEIRO \_\_\_\_\_
- ( ) ATENDIMENTO MÉDICO \_\_\_\_\_
- ( ) ENCAMINHAMENTO PARA  
SERVIÇOS DE SAÚDE \_\_\_\_\_
- ( ) ATENDIMENTO PSICOLÓGICO \_\_\_\_\_
- ( ) ATIVIDADE RELIGIOSA \_\_\_\_\_
- ( ) ARTESANATO \_\_\_\_\_
- ( ) GRUPO DE TRABALHO VOLUNTÁRIO \_\_\_\_\_
- ( ) OUTRA, QUAL? \_\_\_\_\_
- ( ) \_\_\_\_\_
- ( ) \_\_\_\_\_

55 56  
57 58  
59 60  
61 62  
63 64  
65 66  
67 68  
69 70  
71 72  
1 2  
3 4  
5 6  
7 8  
9 10

CT.09

(\*) REGIME: Diário/Período Integral=1 Diário/1 Período=2  
Atividade Periódica=3 Atividade Eventual=4

63. NÚMERO DE IDOSOS ATENDIDOS NAS DIVERSAS ATIVIDADES:

(no último mês)

\* CAPACIDADE TOTAL DE ATENDIMENTO \_\_\_\_\_

11 14

\* TOTAL DE ATENDIDOS \_\_\_\_\_

15 18

QUESTIONÁRIO Nº

|\_|\_|\_|

\* \* \* 3º BLOCO \* \* \*

\* \* ASPECTOS ADMINISTRATIVOS E GERENCIAIS \* \*

64. FOI ELABORADO, POR ESCRITO, ALGUM PLANO DE ATIVIDADES DA ENTIDADE PARA 1991?

( ) SIM = 1

( ) NÃO = 2

|\_|  
19CASO SIM:

65. QUEM FORAM OS 2 PRINCIPAIS ELABORADORES DESTE PLANO?

( ) MEMBROS DA DIRETORIA = 1

( ) SÓCIOS = 2

( ) INDIVÍDUOS CONVIDADOS PELA DIRETORIA = 3

( ) TÉCNICOS DO GDF = 4

( ) OUTRO, QUEM? 5-99 \_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|  
20-21

66. QUEM APROVOU ESTE PLANO? SIM=1 NÃO=2

( ) DIRETORIA

( ) ASSEMBLÉIA DE SÓCIOS

( ) PRESIDENTE

( ) CONSELHO FISCAL

( ) NÃO FOI SUBMETIDO À APROVAÇÃO

( ) OUTRO, QUEM? \_\_\_\_\_

|\_|  
22  
|\_|  
23  
|\_|  
24  
|\_|  
25  
|\_|  
26  
|\_|\_|  
27-28

67. A ENTIDADE CONTA COM ALGUM ESQUEMA DE PROVISÃO MENSAL MÍNIMO, EM RECURSOS FINANCEIROS OU DOAÇÕES, PARA O DESENVOLVIMENTO DE SUAS ATIVIDADES?

( ) SIM = 1

( ) NÃO = 2

|\_|  
29

68. A ENTIDADE TEM ALGUMA FONTE PRÓPRIA DE GERAÇÃO DE RECURSOS?

( ) SIM = 1

( ) NÃO = 2

| |  
40

69. QUAIS OS CONTROLES CONTÁBEIS DOS RECURSOS DA ENTIDADE QUE SÃO FEITOS?

SIM=1 NÃO=2

( ) BALANÇO ANUAL

( ) BALANCETE MENSAL

( ) BALANCETE SEMESTRAL

( ) LIVRO-CAIXA/DIÁRIO

( ) NENHUM

( ) OUTRO, QUAL? \_\_\_\_\_

| |  
31

| |  
32

| |  
33

| |  
34

| |  
35

| | | |  
36 37

70. É FEITA PRESTAÇÃO DE CONTAS? SIM=1 NÃO=2

( ) À MANTENEDORA

( ) AO FINANCIADOR

( ) AO DOADOR

( ) AO ASSOCIADO

( ) À DIRETORIA

( ) AO CONSELHO FISCAL

( ) OUTRO, QUEM? \_\_\_\_\_

| |  
38

| |  
39

| |  
40

| |  
41

| |  
42

| |  
43

| | | |  
44 45

71. QUADRO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS EM 1990.

ORIGEM DOS RECURSOS	TIPO DE REPASSE		PERIODICIDADE		TIPO DE AUXÍLIO		GRUPO-ALVO		Nº BENEFICIÁRIOS		ATIVIDADE PREVISTA		SUPERVISÃO
	PREV.	REAL	PREV.	REAL	PREV.	REAL	PREV.	REAL	PREV.	REAL	PREV.	REAL	
1)													( ) Sim ( ) Não
2)													( ) Sim ( ) Não
3)													( ) Sim ( ) Não
4)													( ) Sim ( ) Não
5)													( ) Sim ( ) Não
6)													( ) Sim ( ) Não
7)													( ) Sim ( ) Não

ORIGEM DOS RECURSOS: Identificação das Instituições Públicas ou Privadas, Pessoas Físicas ou Empresas Repassadoras de Recursos

Consideradas SIGNIFICATIVAS para Manutenção da Entidade;

TIPO DE REPASSE: Convênio, Doação, Subvenção, Contrato, Mensalidade, Informal etc;

PERIODICIDADE PREVISTA: Mensal, Semestral, Anual, Semanal, ou outra acertada com o financiador;

PERIODICIDADE REAL: Igual à Prevista, Atrasos Constantes, Não Recebe desde (mês/ano) etc.;

GRUPO-ALVO PREVISTO E REAL: IDEM= Igual à Prevista no Acordo; TODOS= Todos os Usuários e OUTRO GRUPO (Especificar);

Nº DE BENEFICIÁRIOS PREVISTO E REAL: IDEM= Igual à Prevista no Acordo e OUTRO (Especificar);

TIPO DE AUXÍLIO: Financeiro, Assessoria Técnica, Empréstimo de Local, Provisão de Alimentos, Cessão de Profissionais;

ATIVIDADE PREVISTA: Qual foi a Principal Atividade Prevista Para a Utilização do Recurso ou se o Uso é Livre;

SUPERVISÃO: Se a Instituição que Repassa o Recurso faz Alguma Supervisão Periódica.

71. QUADRO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS EM 1990.

ORIGEM DOS RECURSOS	TIPO DE REPASSE	PERIODICIDADE		TIPO DE AUXÍLIO	GRUPO-ALVO		Nº BENEFICIÁRIOS		ATIVIDADE PREVISTA	SUPERVISÃO
		PREV.	REAL		PREV.	REAL	PREV.	REAL		
8)										( ) Sim ( ) Não
9)										( ) Sim ( ) Não
10)										( ) Sim ( ) Não
11)										( ) Sim ( ) Não
12)										( ) Sim ( ) Não
13)										( ) Sim ( ) Não
14)										( ) Sim ( ) Não

ORIGEM DOS RECURSOS: Identificação das Instituições Públicas ou Privadas, Pessoas Físicas ou Empresas Repassadoras de Recurso Consideradas SIGNIFICATIVAS para Manutenção da Entidade;

TIPO DE REPASSE: Convênio, Doação, Subvenção, Contrato, Mensalidade, Informal, etc;

PERIODICIDADE PREVISTA: Mensal, Semestral, Anual, Semanal, ou outra acertada com o financiador;

PERIODICIDADE REAL: Igual à Prevista, Atrasos Constantes, Não Recebe desde (mês/ano), etc.;

GRUPO-ALVO PREVISTO E REAL: IDEM= Igual à Prevista no Acordo; TODOS= Todos os Usuários e OUTRO GRUPO (Especificar);

Nº DE BENEFICIÁRIOS PREVISTO E REAL: IDEM= Igual à Prevista no Acordo e OUTRO (Especificar);

TIPO DE AUXÍLIO: Financeiro, Assessoria Técnica, Empréstimo de Local, Provisão de Alimentos. Cessão de Profissionais;

ATIVIDADE PREVISTA: Qual foi a Principal Atividade Prevista Para a Utilização do Recurso ou se o Uso é Livre;

SUPERVISÃO: Se a Instituição que Repassa o Recurso faz Alguma Supervisão Periódica.

QUESTIONÁRIO Nº   |\_|\_|\_|

CARTÃO Nº          |1|4|

PREENCHER AS QUESTÕES 72 A 74 SOMENTE PARA COLABORAÇÃO COM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS.

**72. EXIGÊNCIAS DA INSTITUIÇÃO GOVERNAMENTAL PARA REPASSE DOS RECURSOS:**

(discriminar as instituições nas quais o item foi exigido)

SIM=1    NÃO=2

EXIGÊNCIA	INSTITUIÇÃO/TIPO DE REPASSE
( ) APRESENTAÇÃO DE PROJETO	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
( ) ATENDIMENTO EXCLUSIVO À CARENTES	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
( ) CONDIÇÕES FÍSICAS E MATERIAIS	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
( ) REGISTRO NO CNSS OU SDS	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
( ) CONTRAPARTIDA FINANCEIRA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
( ) CONTRAPARTIDA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
( ) CONTRAPARTIDA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EDUCACIONAIS	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
( ) ORGANIZAÇÃO DE CURSOS E PALESTRAS	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
( ) NÃO HOUVE EXIGÊNCIA ALGUMA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
( ) OUTRAS EXIGÊNCIAS, QUAIS?	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
( ) _____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
( ) _____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
( ) _____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**73. QUAIS AS 3 MAIORES DIFICULDADES DA RELAÇÃO COM AS INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS?**

_____	37	_ _	38
_____	39	_ _	40
_____	41	_ _	42



74. DÊ 3 SUGESTÕES PARA MINIMIZAR ESTAS DIFICULDADES:

_____	_ _ _
	43      44
_____	_ _ _
	45      46
_____	_ _ _
	47      48

PREENCHER A QUESTÃO 75 SOMENTE PARA QUESTIONÁRIO TIPO 1

75. QUADRO RESUMO DOS RECURSOS-HUMANOS DISPONÍVEIS NA ENTIDADE PARA EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES:

NÚMERO TOTAL _____	_ _ _
	49      51
REMUNERADOS _____	_ _ _
	52      54
CEDIDOS _____	_ _ _
	55      57
VOLUNTÁRIOS _____	_ _ _
	58      60
REGISTRADOS _____	_ _ _
	61      63

(\* ) EXCLUIR OS FUNCIONÁRIOS QUE TRABALHAM EXCLUSIVAMENTE NOS POSTOS AVANÇADOS/AGÊNCIA DE SERVIÇO.

\* \* \* 4º BLOCO \* \* \*

\* \* INFRA - ESTRUTURA \* \*

76. A SEDE DA ENTIDADE É:

- PRÓPRIA = 1
- CEDIDA POR ÓRGÃO PÚBLICO = 2
- CEDIDA POR PARTICULARES = 3
- ALUGADA = 4

1 1  
64

77. ÁREA TOTAL DO PRÉDIO (em m<sup>2</sup> aproximados):

\_\_\_\_\_

1 1 1 1 1  
65 68

CASO A SEDE DA ENTIDADE SEJA PRÓPRIA:

78. O TERRENO ONDE ESTÁ LOCALIZADA A ENTIDADE FOI: (numerar as 3 principais formas de origem, por ordem decrescente de importância).

- COMPRADA = 1
- DOADA POR ÓRGÃO PÚBLICO? QUAL? = 2-15 \_\_\_\_\_
- DOADA POR IGREJA/GRUPO RELIGIOSO = 16
- DOADA POR PARTICULARES = 17
- CEDIDA POR ÓRGÃO PÚBLICO, QUAL? = 18-26 \_\_\_\_\_
- CEDIDA POR IGREJA/GRUPO RELIGIOSO = 27
- CEDIDA POR PARTICULARES = 28
- OUTRO, QUAL? 29-99 \_\_\_\_\_

1 1 1 1 1 1 1 C16  
4 6

79. O PRÉDIO DA ENTIDADE FOI CONSTRUÍDO A PARTIR: (numerar as 3 principais formas de origem, por ordem decrescente de importância)

- RECURSOS PRÓPRIOS = 1
- DOAÇÕES PRIVADAS = 2
- FINANCIAMENTO BANCÁRIO = 3
- DOAÇÃO DA FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL = 4
- RECURSOS PÚBLICOS (GDF, GOV. FEDERAL, ETC) = 5
- FOI COMPRADA JÁ CONSTRUÍDA = 6
- OUTRO, QUAL? = 7-99 \_\_\_\_\_

1 1 1 1 1 1 1  
7 12

**\*CONDIÇÕES GERAIS DO PRÉDIO\***

ANOTAR A CARACTERÍSTICA PRINCIPAL

**80. PISO INTERNO:**

- ( ) MADEIRA APARELHADA = 1
- ( ) MADEIRA APROVEITADA = 2
- ( ) CIMENTO = 3
- ( ) CERÂMICA = 4
- ( ) TERRA = 5
- ( ) OUTRO = 6

I-I  
13

**81. COBERTURA/TETO INTERNO:**

- ( ) LAJE DE CONCRETO = 1
- ( ) TELHA DE BARRO = 2
- ( ) ZINCO = 3
- ( ) MADEIRA = 4
- ( ) OUTRA = 5

I-I  
14

**82. PAREDES INTERNAS:**

- ( ) MADEIRA = 1
- ( ) TINTA LAVÁVEL = 2
- ( ) CAIADA /PINTADA = 3
- ( ) REBOCADA = 4
- ( ) AZULEJO = 5
- ( ) SEM REVESTIMENTO = 6
- ( ) OUTRO, QUAL? = 7-9 \_\_\_\_\_

I-I  
15

**83. PAREDES INTERNAS DA COZINHA E BANHEIROS:**

- ( ) MADEIRA = 1
- ( ) TINTA LAVÁVEL = 2
- ( ) CAIADA /PINTADA = 3
- ( ) REBOCADA = 4
- ( ) AZULEJO = 5
- ( ) SEM REVESTIMENTO = 6
- ( ) OUTRO, QUAL? = 7-9 \_\_\_\_\_

I-I  
16

84. A ENTIDADE ESTÁ EM OBRAS?

( ) SIM = 1

( ) NÃO = 2

1\_1  
17

85. A ENTIDADE NECESSITA DE OBRAS?

( ) SIM = 1

( ) NÃO = 2

1\_1  
18

\* DEPOIMENTO DO ENTREVISTADOR \*

86. LIMPEZA E HIGIENE DA ENTIDADE:

( ) ÓTIMA = 1

( ) BOA = 2

( ) REGULAR = 3

( ) MÁ = 4

1\_1  
19

87. APARÊNCIA GERAL DOS PRESTADORES DE SERVIÇO:

( ) ÓTIMA = 1

( ) BOA = 2

( ) REGULAR = 3

( ) MÁ = 4

1\_1  
20

88. APARÊNCIA GERAL DOS USUÁRIOS:

( ) ÓTIMA = 1

( ) BOA = 2

( ) REGULAR = 3

( ) MÁ = 4

1\_1  
21

89. CONDIÇÕES DE CONSERVAÇÃO DA ÁREA EXTERNA DA ENTIDADE:

( ) ÓTIMA = 1

( ) BOA = 2

( ) REGULAR = 3

( ) MÁ = 4

1\_1  
22

## 90. CONDIÇÕES DE CONSERVAÇÃO DA ÁREA INTERNA DO PRÉDIO:

 ÓTIMA = 1 BOA = 2 REGULAR = 3 MÁ = 4|\_|  
23

## 91. CONDIÇÕES DE CONSERVAÇÃO DO MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS:

 ÓTIMA = 1 BOA = 2 REGULAR = 3 MÁ = 4|\_|  
24

## 92. CONDIÇÕES DE HIGIENE DA COZINHA:

 ÓTIMA = 1 BOA = 2 REGULAR = 3 MÁ = 4|\_|  
25

## 93. CONDIÇÕES GERAIS DE ILUMINAÇÃO DO PRÉDIO:

 ÓTIMA = 1 BOA = 2 REGULAR = 3 MÁ = 4|\_|  
26

## 94. CONDIÇÕES GERAIS DE VENTILAÇÃO DO PRÉDIO:

 ÓTIMA = 1 BOA = 2 REGULAR = 3 MÁ = 4|\_|  
27

\* \* A PARTIR DESTA ETAPA O QUESTIONÁRIO SÓ PROSSEGUE PARA AS ENTIDADES QUE DESENVOLVEREM ATIVIDADES DE ALIMENTAÇÃO (DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES, LANCHES, SOPAS, ALIMENTOS OU LEITE PARA GESTANTE/NUTRIZ, FAMÍLIAS E MENORES DE 7 ANOS \* \*

95. QUADRO DE INFRA-ESTRUTURA, A ENTIDADE DISPÕE DE:

SALA DE ESPERA	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  28
ESCRITÓRIO/SECRETARIA	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  29
SALA DE DIRETORIA	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  30
SALA DE REUNIÕES	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  31
SALA PARA ATIVIDADES DIVERSAS	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  32
SALA DE APOIO/HIGIENE PARA BERÇÁRIO	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  33
SALA DE AMAMENTAÇÃO	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  34
BERÇÁRIO	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  35
SOLÁRIO PRÓXIMO AO BERÇÁRIO	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  36
LACTÁRIO	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  37

QUESTIONÁRIO Nº |\_|\_|

SALAS DE AULA	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  38
ÁREA DE RECREAÇÃO COBERTA	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  39
ÁREA DE RECREAÇÃO DESCOBERTA	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  40
SALAS DE REPOUSO/DORMITÓRIO	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  41
CONSULTÓRIO MÉDICO	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  42
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  43
ENFERMARIA	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  44
PIAS NOS CONSULTÓRIOS	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  45
REFEITÓRIO	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  46
COZINHA	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  47
LAVANDERIA	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  48
DISPENSA/ARMÁRIO PARA ALIMENTOS	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  49
DISPENSA/ARMÁRIO PARA MATERIAL DE LIMPEZA	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  50
VESTIÁRIO/BANHEIRO PARA FUNCIONÁRIOS	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  51
MORADIA/ALOJAMENTO PARA FUNCIONÁRIOS	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_  52
OUTRAS DEPENDÊNCIAS, QUAIS?	( ) SIM = 1	( ) NÃO = 2	_ _  53 54

\* AS QUESTÕES DE 96 a 98 NÃO DEVEM SER PREENCHIDAS PARA ENTIDADES QUE DESENVOLVEM ATIVIDADES NAS QUAIS O USUÁRIO NÃO PERMANECE PELO MENOS UM PERÍODO \*

96. INSTALAÇÕES SANITÁRIAS PARA OS USUÁRIOS:

NÚMERO DE VASOS SANITÁRIOS \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CHUVEIROS \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PIAS \_\_\_\_\_

55 | | |  
56 | | |  
57 | | |  
58 | | |  
59 | | |  
60 | | |

97. INTERNATOS/CASA DE GESTANTE/CRECHES:

NÚMERO DE CAMAS POR DORMITÓRIO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE BERÇOS POR SALA \_\_\_\_\_

ESPAÇO MÍNIMO ENTRE OS BERÇOS DE 50 cm ( ) SIM = 1

( ) NÃO = 2

61 | | |  
62 | | |  
63 | | |  
64 | | |  
65 | | |

98. ATIVIDADES EDUCACIONAIS:

NÚMERO DE SALAS \_\_\_\_\_

66 | | |  
67 | | |

99. EQUIPAMENTOS:

DISPONIBILIDADE

EM FUNCIONAMENTO

( ) TRANSPORTE PRÓPRIO

( ) SIM=1 ( ) NÃO=2

| | |  
68

( ) TRANSPORTE CEDIDO POR ORGÃO PÚBLICO

( ) SIM=1 ( ) NÃO=2

| | |  
69

( ) INSTRUMENTOS MÉDICOS DE CONSULTA/EXAME

( ) SIM=1 ( ) NÃO=2

| | |  
70

( ) INSTRUMENTOS ODONTOLÓGICOS DE CONSULTA/  
EXAME

( ) SIM=1 ( ) NÃO=2

| | |  
71

( ) UTENSÍLIOS PARA PREPARO DE ALIMENTOS

( ) SIM=1 ( ) NÃO=2

| | |  
72

( ) UTENSÍLIOS PARA CONSUMO DE ALIMENTOS

( ) SIM=1 ( ) NÃO=2

| | | CT.17

( ) GELADEIRA

( ) SIM=1 ( ) NÃO=2

| | |  
73

( ) FREEZER/CÂMARA FRIGORÍFICA

( ) SIM=1 ( ) NÃO=2

| | |  
74

( ) FOGÃO

( ) SIM=1 ( ) NÃO=2

| | |  
75

( ) FILTRO DE ÁGUA

( ) SIM=1 ( ) NÃO=2

| | |  
76

## \* \* 5º BLOCO \* \*

## \* \* \* DISPONIBILIDADE DE ALIMENTOS \* \* \*

100. ANOTAR SE A ENTIDADE PRODUZ ALIMENTO ATRAVÉS DE ALGUMA DESSAS FORMAS:

- ( ) HORTA |\_|<sub>6</sub>  
( ) POMAR |\_|<sub>7</sub>  
( ) CRIAÇÃO DE ANIMAIS |\_|<sub>8</sub>  
( ) APICULTURA |\_|<sub>9</sub>  
( ) PADARIA |\_|<sub>10</sub>  
( ) OUTRA, QUAL? \_\_\_\_\_ |\_|<sub>11</sub> |\_|<sub>12</sub>

101. A ÁREA ONDE É PRODUZIDO ESTE ALIMENTO: (anotar a origem da maior parte da área)

- ( ) FOI COMPRADA = 1 |\_|<sub>13</sub>  
( ) FOI DOADA POR ENTIDADE PÚBLICA = 2  
( ) FOI DOADA POR PARTICULARES = 3  
( ) FOI CEDIDA POR ENTIDADE PÚBLICA = 4  
( ) FOI CEDIDA POR PARTICULARES = 5  
( ) É ARRENDADA = 6  
( ) OUTRA? QUAL? = 7 - 9 \_\_\_\_\_

102. OS EQUIPAMENTOS PARA PRODUÇÃO SÃO: (anotar a origem da maior parte dos equipamentos)

- ( ) COMPRADOS = 1 |\_|<sub>14</sub>  
( ) DOADOS POR ÓRGÃO PÚBLICO = 2  
( ) DOADOS POR PARTICULAR = 3  
( ) OUTRO, QUAL? = 4-9 \_\_\_\_\_

103. OS INSUMOS PARA PRODUÇÃO SÃO: (anotar a origem da maior parte dos insumos)

- ( ) COMPRADOS = 1 |\_|<sub>15</sub>  
( ) DOADOS POR ÓRGÃO PÚBLICO = 2  
( ) DOADOS POR PARTICULAR = 3  
( ) OUTRO, QUAL? = 4-9 \_\_\_\_\_



104. LOCAL DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS: (anotar os 3 principais locais de compra para cada tipo de alimento)

ALIMENTOS	LOCAL DE COMPRA (*)			
NÃO PERECÍVEIS	_____	_____	_____	16-18
HORTALIÇAS/FRUTAS	_____	_____	_____	19-21
CARNES	_____	_____	_____	22-24
LEITE/PÃO	_____	_____	_____	25-27

- (\*) REDE VAREJISTA LOCAL = 1  
 ATACADISTA = 2  
 CEASA = 3  
 FONTES PRODUTORAS = 4  
 OUTROS = 5-9 (especificar)

105. CASO A ENTIDADE RECEBA DOAÇÕES DE ALIMENTOS, ANOTAR OS 3 MAIORES DOADORES POR TIPO DE ALIMENTO:

ALIMENTOS	DOADORES			
NÃO PERECÍVEIS	_____	_____	_____	28-30
HORTALIÇAS/FRUTAS	_____	_____	_____	31-33
CARNES	_____	_____	_____	34-36
LEITE/PÃO	_____	_____	_____	37-39

## \* \* 6º BLOCO \* \*

## \* \* FICHA TÉCNICA POR ATENDIMENTO EM ALIMENTAÇÃO E POR CLIENTELA \* \*

\* \* não esquecer de anotar o nº do quest. \* \* QUESTIONÁRIO Nº |\_|\_|\_|

## 106. GRUPO-ALVO ATENDIDO:

- ( ) GESTANTES = 1
- ( ) NUTRIZES = 2
- ( ) FAMÍLIAS = 3
- ( ) CRIANÇAS MENORES DE 7 ANOS = 4

|\_|  
40

## 107. TIPO DE ATIVIDADE ALIMENTAR REALIZADA:

- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES/LANCHES EM EXTERNATO/  
SEMI-INTERNATO = 1
- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES/LANCHES EM EXTERNATO/SEMI-INTERNATO  
COM PARTICIPAÇÃO DA FAE = 2
- ( ) FAE = 3
- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES/LANCHES EM QUALQUER TIPO DE  
INTERNATO = 4
- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES/LANCHES AVULSOS = 5
- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE SOPA = 6
- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS = 7
- ( ) DISTRIBUIÇÃO DE LEITE = 8
- ( ) PSA/FUND.HOSPITALAR/INAN = 9
- ( ) PCA/LBA = 10
- ( ) OUTRO, QUAL? = 11-99 \_\_\_\_\_

|\_|\_|  
41 42

## 108. ANO DE IMPLANTAÇÃO DA ATIVIDADE:

|\_|\_|\_|\_|  
43 46

109. ATENDIMENTO NO ÚLTIMO MÊS PARA A ATIVIDADE ALIMENTAR ASSINALADA:

CAPACIDADE TOTAL DE OFERTA \_\_\_\_\_

TOTAL DE ATENDIDOS \_\_\_\_\_

ATENDIDOS COM CONVÊNIO \_\_\_\_\_

ATENDIDOS GRATUITAMENTE SEM CONVÊNIO \_\_\_\_\_

ATENDIDOS MEDIANTE ALGUM PAGAMENTO \_\_\_\_\_

 NÚMERO VARIÁVEL DE PESSOAS ATENDIDAS NÃO SOUBE INFORMAR

_ _ _ _	50
47  _ _ _ _	
_ _ _ _	54
51  _ _ _ _	
_ _ _ _	58
55  _ _ _ _	
_ _ _ _	62
59  _ _ _ _	
_ _ _ _	66
63  _ _ _ _	
_ _ _ _	67
_ _ _ _	68

## 110. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO USUÁRIO:

 A ENTIDADE TEM SEUS PRÓPRIOS CRITÉRIOS A ENTIDADE UTILIZA OS CRITÉRIOS DA CONVENIADORA A SELEÇÃO DE BENEFICIÁRIOS É FEITA PELA CONVENIADORA NÃO TEM CRITÉRIOS

_	69
_	70
_	71
_	72

## 111. PARA AS ENTIDADES QUE TÊM SEUS PRÓPRIOS CRITÉRIOS OU UTILIZAM CRITÉRIOS DA CONVENIADORA, ANOTAR AQUELES UTILIZADOS:

SIM=1 NÃO=2

 RENDA FAMILIAR ATÉ 2 SALÁRIOS-MÍNIMOS DESEMPREGADO CARENTE SEM ESPECIFICAÇÃO FAMÍLIA NUMEROSA FAMÍLIA MIGRANTE MÃE SOLTEIRA FAMÍLIA CHEFIADA POR MULHER DESABRIGADO MENOR DESNUTRIDO GESTANTE/NUTRIZ PORTADORES DE DEFICIÊNCIA (FÍSICA/MENTAL/VISUAL/AUDITIVA) PORTADORES DE DOENÇAS ESPECÍFICAS (CÂNCER, HANSENÍASE etc) ASSOCIADOS À ENTIDADE

OUTRO, QUAL?

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

_	CT.18
_	2
_	3
_	4
_	5
_	6
_	7
_	6
_	9
_	10
_	11
_	12
_	13
_	14
_	15
_	16
_	17
_	18

112. SÓ RECEBE O BENEFÍCIO QUEM PARTICIPA DE ALGUMA ATIVIDADE:

SIM= 1 NÃO=2

- ( ) EM SAÚDE  
 ( ) EM EDUCAÇÃO  
 ( ) DE TRABALHO VOLUNTÁRIO  
 ( ) DE REUNIÕES/PALESTRAS  
 ( ) EM ATOS DE CARÁTER RELIGIOSO  
 ( ) EM ATOS DE CARÁTER POLÍTICO  
 ( ) OUTRO, QUAL? \_\_\_\_\_

19  
20  
21  
22  
23  
24  
25 26

113. A DISTRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO ALIMENTAR É FEITA DURANTE A REALIZAÇÃO DE ALGUMA ATIVIDADE ESPECÍFICA?

- ( ) SIM = 1  
 ( ) NÃO = 2

27

114. CASO SIM, QUAL É A ATIVIDADE?

\_\_\_\_\_

28

115. CONTROLES REALIZADOS SOBRE OS USUÁRIOS: SIM=1 NÃO=2

- ( ) PRONTUÁRIO DE SAÚDE  
 ( ) CARTÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO  
 ( ) CARTÃO DE VACINAÇÃO  
 ( ) BOLETIM ESCOLAR  
 ( ) VISITAS DOMICILIARES  
 ( ) ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO FAMILIAR  
 ( ) SEM CONTROLE  
 OUTRO, QUAL?

29  
30  
31  
32  
33  
34  
35

( ) \_\_\_\_\_

36 37

( ) \_\_\_\_\_

38 39

116. EM QUAIS DESTES CONTROLES É EXIGIDA A ATUALIZAÇÃO PARA O RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO ALIMENTAR?

\_\_\_\_\_

40

QUESTIONÁRIO Nº 1 1 1 1

117. QUAL O CRITÉRIO QUE A ENTIDADE UTILIZA PARA DESLIGAMENTO DA ATIVIDADE ALIMENTAR? SIM=1 NÃO=2

( ) OBTER MELHORIA NAS CONDIÇÕES DE RENDA

1 1  
41

( ) ULTRAPASSAR A FAIXA ETÁRIA

1 1  
42

( ) DEIXAR DE AMAMENTAR

1 1  
43

( ) NÃO HÁ CRITÉRIO DE DESLIGAMENTO

1 1  
44

OUTRO, QUAL?

( ) \_\_\_\_\_

1 1 1  
45 46

118. QUAL É A PERIODICIDADE REAL DA DISTRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO ALIMENTAR?

( ) DIÁRIA = 1

1 1  
47

( ) SEMANAL = 2

( ) QUINZENAL = 3

( ) MENSAL = 4

( ) EVENTUAL = 5

OUTRA, QUAL? = 6-9

( ) \_\_\_\_\_

119. SE FOR FEITA DISTRIBUIÇÃO DE CESTAS DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS:

( ) A CESTA DE ALIMENTOS TEM COMPOSIÇÃO FIXA = 1

1 1  
48

( ) A CESTA DE ALIMENTOS É VARIÁVEL SEGUNDO A NECESSIDADE DO USUÁRIO = 2

( ) A CESTA DE ALIMENTOS É VARIÁVEL SEGUNDO A DISPONIBILIDADE DA ENTIDADE = 3

120. SE FOR FEITA DISTRIBUIÇÃO DIÁRIA DE REFEIÇÕES/LANCHES/LEITE/SOPA, QUANTAS SÃO OFERECIDAS:

\_\_\_\_\_ REFEIÇÕES/DIA/PESSOA ou FAMÍLIA

1 1  
49

\_\_\_\_\_ LANCHES/DIA/PESSOA ou FAMÍLIA

1 1  
50

\_\_\_\_\_ PRATOS DE SOPA/DIA/PESSOA ou FAMÍLIA

1 1  
51

\_\_\_\_\_ COPOS DE LEITE/DIA/PESSOA ou FAMÍLIA

1 1  
52

\_\_\_\_\_ COPOS DE LEITE DA FUND. OK/DIA/PESSOA ou FAMÍLIA

1 1  
53

NO CASO DE DISTRIBUIÇÃO DE LEITE DA FUNDAÇÃO OK:

121. QUAL A PERIODICIDADE DE DISTRIBUIÇÃO?

\_\_\_\_\_

|\_|  
54

122. O LEITE É PARA CONSUMO:

( ) DOMICILIAR = 1

( ) NA ENTIDADE = 2

|\_|  
55

123. NO CASO DE OFERTA DE REFEIÇÕES/LANCHES/SOPAS, HÁ PLANEJAMENTO PRÉVIO DE CARDÁPIO?

( ) SIM = 1

( ) NÃO = 2

|\_|  
56

124. CASO HAJA PLANEJAMENTO PRÉVIO DO CARDÁPIO, ESTE É:

( ) SEMANAL = 1

( ) MENSAL = 2

( ) OUTRO, QUAL? = 3-9 \_\_\_\_\_

|\_|  
57

125. O ATENDIMENTO QUE INCLUI A ATIVIDADE ALIMENTAR EM FOCO É GRATUITO?

( ) SIM, PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS = 1

( ) SIM, PARA ALGUNS BENEFICIÁRIOS = 2

( ) NÃO = 3

|\_|  
58

126. CASO ALGUNS OU TODOS OS BENEFICIÁRIOS PAGUEM ALGUMA CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA, ESTA CONTRIBUIÇÃO:

( ) É FIXA = 1

( ) É VARIÁVEL SEGUNDO A RENDA DO USUÁRIO = 2

|\_|  
59

127. A CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DE USUÁRIOS:

- ( ) É A ÚNICA FONTE DE RECURSOS PARA A MANUTENÇÃO DA ENTIDADE = 1
- ( ) COBRE OS CUSTOS PELO MENOS DO ATENDIMENTO ALIMENTAR = 2
- ( ) NÃO COBRE OS CUSTOS DO ATENDIMENTO ALIMENTAR = 3
- ( ) SUBSIDIA O ATENDIMENTO ALIMENTAR DOS USUÁRIOS MAIS CARENTES.  
MAS NÃO COBRE OS CUSTOS DESTE ATENDIMENTO = 4
- ( ) SUBSIDIA O ATENDIMENTO ALIMENTAR DOS BENEFICIÁRIOS MAIS  
CARENTES E COBRE OS OS CUSTOS DESTE ATENDIMENTO = 5

1 1  
60

128. DE QUANTO FOI ESSA CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA NO ÚLTIMO MÊS? (SE A CONTRIBUIÇÃO FOI VARIÁVEL, ANOTAR O MÍNIMO E O MÁXIMO)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

61 | | | | | 65  
66 | | | | | 70

NA OPINIÃO DO ENTREVISTADO:

129. O QUE REPRESENTA PARA O USUÁRIO ESTA ATIVIDADE DE ALIMENTAÇÃO?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

130. A ALIMENTAÇÃO DESTES USUÁRIOS EM SUAS CASAS É SUFICIENTE? EXPLIQUE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

131. QUADRO DE ALIMENTOS DISTRIBUÍDOS NAS CESTAS E REFEIÇÕES

ALIMENTO	ORIGEM PRINCIPAL DOS ALIMENTOS		DISTRIBUIÇÃO		VOLUME (em grammas) ( ) individual=1 ( ) do mês anterior=2	EM REFEIÇÃO FREQUÊNCIA(*)	C.C.
	DOAÇÃO PÚBLICA	COMPRADA PRIVADA	EM GÊNEROS	EM REFEIÇÃO			
ARROZ = 1	( )=1	( )=2	( )=3				16
FEIJÃO = 2	( )=1	( )=2	( )=3				20
CARNE/OVOS = 3	( )=1	( )=2	( )=3				30
VERDURAS = 4	( )=1	( )=2	( )=3				40
LEGUMES = 5	( )=1	( )=2	( )=3				50
FRUTAS = 6	( )=1	( )=2	( )=3				60
LEITE = 7	( )=1	( )=2	( )=3				70
ÓLEO = 8	( )=1	( )=2	( )=3				10C20
AÇÚCAR = 9	( )=1	( )=2	( )=3				20
FAR. MANDIOCA=10	( )=1	( )=2	( )=3				30
FUBÁ = 11	( )=1	( )=2	( )=3				40
PÃO = 12	( )=1	( )=2	( )=3				50
MACARRÃO = 13	( )=1	( )=2	( )=3				60
DOCES = 14	( )=1	( )=2	( )=3				70
FARELOS = 15	( )=1	( )=2	( )=3				10C21
LEITE OK = 16	( )=1	( )=2	( )=3				20
FORMULADOS = 17	( )=1	( )=2	( )=3				30
= 18	( )=1	( )=2	( )=3				40
= 19	( )=1	( )=2	( )=3				50

CÓDIGOS PARA PREENCHIMENTO DA FREQUÊNCIA DE OFERTA/TIPO DE ALIMENTO:  
 1 = DIÁRIA      3 = SEMANAL      5 = MENSAL      7 = NUNCA  
 2 = 2/3 VEZES POR SEM.      4 = QUINZENAL      6 = RARAMENTE



132. QUADRO DE RECURSOS HUMANOS (anotar o NÚMERO de profissionais em cada uma das situações)

\*\* NÃO esquecer de anotar o NÚMERO do questionário \*\* QUESTIONÁRIO Nº     

PROFISSIONAL NO EXERCÍCIO	Nº DE PROF. NA DIREÇÃO	Nº DE PROFISSIONAIS POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE			Nº DE PROFISSIONAIS POR CARGA HORÁRIA SEMANAL	COND. FUNCIONAL	Nº DE
		3º	2º	1º			
PEDAGOGO = 1		-	-	-			
PROFESSOR = 2							
MONITOR = 3							
A. SOCIAL = 4		-	-	-			
PESSOAL DE ESCRITÓRIO = 5							
MÉDICO = 6		-	-	-			
ENFERMEIRA = 7		-	-	-			
NUTRICIONISTA=8		-	-	-			
ATENDENTE DE SAÚDE = 9							
COZINHEIRA = 10		-	-	-			

CONTINUAÇÃO

132. QUADRO DE RECURSOS HUMANOS (anotar o NÚMERO de profissionais em cada uma das situações)

\* \* NÃO esquecer de anotar o NÚMERO do questionário \* \* QUESTIONÁRIO N°: | | | | |

PROFISSIONAL NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO TOTAL	Nº DE PROF. NA DIREÇÃO	Nº DE PROFISSIONAIS POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE			Nº DE PROFISSIONAIS POR CARGA HORÁRIA SEMANAL	COND. FUNCIONAL	Nº DE REMUNERADOS
		3º	2º	1º			
		ANALF.	ALF.	ANALF.	≥ 40h	≥ 20h < 40h	< 20h
AUXILIAR DE COZINHA/LACTÁRIO = 11	-	-	-	-			
AUXILIAR DE SERV. GERAIS = 12	-	-	-	-			
CONTADOR = 13							
COLABORADOR EM ATIVIDADES DIVERSAS = 14							
OUTROS, QUAIS?							
= 15							
= 16							
= 17							

QUESTIONÁRIO Nº    | \_ | \_ | \_ |

CARTÃO Nº            | 3 | 0 |

133. RECURSOS FINANCEIROS DA ENTIDADE EM 1990:

- ( ) INFORMAÇÃO ACESSÍVEL = 1
- ( ) INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL = 2
- ( ) INFORMAÇÃO RECUSADA = 3

| \_ |  
1

134. A INFORMAÇÃO ANOTADA INCLUI OS RECURSOS PARA FUNCIONAMENTO DOS POSTOS AVANÇADOS/AGÊNCIA DE SERVIÇOS?

- ( ) SIM = 1
- ( ) NÃO = 2
- ( ) NÃO SE APLICA = 3

| |  
2

135. QUADRO FINANCEIRO DA ENTIDADE:

ORIGEM DOS RECURSOS	ARRECADADO (não anotar os centavos)
<b>DOAÇÕES PRIVADAS</b>	
1. TOTAL	3   _   _   _     _   _   _     _   _   _     11
1.1. PESSOA FÍSICA	12   _   _   _     _   _   _     _   _   _     20
1.1.A. CANDIDATOS A CARGOS ELETIVOS/ REPRESENTANTES POLÍTICOS	21   _   _   _     _   _   _     _   _   _     29
1.1.B. OUTROS	30   _   _   _     _   _   _     _   _   _     38
1.2. PESSOA JURÍDICA	39   _   _   _     _   _   _     _   _   _     47
1.2.A. INDÚSTRIA E COMÉRCIO	46   _   _   _     _   _   _     _   _   _     56
1.2.B. MANTENEDORA	57   _   _   _     _   _   _     _   _   _     65
1.2.C. PROTEÇÃO E AÇÃO SOCIAL	66   _   _   _     _   _   _     _   _   _     74
1.2.D. INSTITUIÇÃO RELIGIOSA NACIONAL	1   _   _   _     _   _   _     _   _   _     9
1.2.E. INSTITUIÇÃO RELIGIOSA INTERNACIONAL	10   _   _   _     _   _   _     _   _   _     18
1.2.F. GRUPO LEIGO ESTRANGEIRO	19   _   _   _     _   _   _     _   _   _     27
1.2.G. OUTROS	28   _   _   _     _   _   _     _   _   _     36

CT 31

(continua)

QUESTIONÁRIO Nº       

QUADRO FINANCEIRO DA ENTIDADE (continuação)

ORIGEM DOS RECURSOS	ARRECADADO (não anotar os centavos)
<b>DOAÇÕES PÚBLICAS</b>	
2. TOTAL	37                     45
2.1. SUBVENÇÃO PARLAMENTAR (MEC/MAS)	46                     54
2.2. LBA (MAS)	55                     63
2.3. SEHAC/MIN. AÇÃO SOCIAL	44                     72
2.4. FUNABEM/FCBIA	1                     9 <u>CT 32</u>
2.5. INAN/MIN. DA SAÚDE	10                     18
2.6. FUND. EDUCACIONAL/GDF	19                     27
2.7. FUND. HOSPITALAR/GDF	28                     36
2.8. FUND. SERV. SOCIAL/GDF	37                     45
2.9. GDF	46                     54
2.10. FUND. BCO DO BRASIL	55                     63
<b>OUTRAS, QUAIS?</b>	
2.11. _____	64                     72
2.12. _____	1                     9 <u>CT 33</u>
2.13. _____	10                     16
<b>GERAÇÃO PRÓPRIA</b>	
3. TOTAL	19                     27
3.1. APLICAÇÃO FINANCEIRA	28                     36
3.2. MENSALIDADES	37                     45
3.3. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	46                     54
3.4. ATIVIDADES COMERCIAIS	55                     63
3.5. _____	64                     72
3.6. _____	1                     9 <u>CT 34</u>

QUESTIONÁRIO Nº |\_|\_|\_|

136. COMPOSIÇÃO DE GASTOS DA ENTIDADE EM 1990?

- INFORMAÇÃO ACESSÍVEL = 1  
 INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL = 2  
 INFORMAÇÃO RECUSADA = 3

|\_|  
10

137. A INFORMAÇÃO ANOTADA INCLUI OS RECURSOS UTILIZADOS PARA O FUNCIONAMENTO DOS POSTOS AVANÇADOS/AGÊNCIAS DE SERVIÇOS?

- SIM = 1  
 NÃO = 2  
 NÃO SE APLICA = 3

|\_|  
11

138. A ENTIDADE PUBLICOU O BALANÇO DE 1990 NO DIÁRIO OFICIAL?

- SIM = 1  
 NÃO = 2

|\_|  
12

139. CASO SIM, A PUBLICAÇÃO FOI FEITA NO:

- D.O. DO GDF = 1  
 D.O. DA UNIÃO = 2

|\_|  
13

140. A PUBLICAÇÃO FOI FEITA NO MÊS DE:

\_\_\_\_\_

|\_|\_|  
14 15

141. ESTÁ ANEXADA UMA CÓPIA DO BALANÇO?

- SIM = 1  
 NÃO = 2

|\_|  
16

QUESTIONÁRIO Nº |\_|\_|\_|

## 142. QUADRO DE COMPOSIÇÃO DE GASTOS ANUAIS:

ÍTEM	QUANTIA (não anotar os centavos)	
1. TOTAL	_ _ _   _ _ _   _ _ _	17 25
2. SUBTOTAL - PESSOAL	_ _ _   _ _ _   _ _ _	26 34
2.1 FOLHA SALARIAL	_ _ _   _ _ _   _ _ _	35 43
2.2 ENCARGOS SOCIAIS	_ _ _   _ _ _   _ _ _	44 52
2.3 OUTROS	_ _ _   _ _ _   _ _ _	53 61
3. SUBTOTAL - MATERIAL DE CONSUMO E REPAROS	_ _ _   _ _ _   _ _ _	62 70
3.1 ALIMENTAÇÃO	_ _ _   _ _ _   _ _ _	1 9
3.2 SERVIÇOS DE TERCEIROS(*)	_ _ _   _ _ _   _ _ _	10 18
3.3 OUTROS	_ _ _   _ _ _   _ _ _	19 27

CT. 35

(\*) Gastos com luz, telefone, água, exames de saúde, compra de medicamentos.

143. NO CASO DE NÃO SER POSSÍVEL A DISCRIMINAÇÃO COMO NO QUADRO ANTERIOR,  
PREENCHER:

ÍTEM	QUANTIA (não anotar os centavos)
1. TOTAL	_ _ _   _ _ _   _ _ _
2. SUBTOTAL - DESPESAS OPERACIONAIS	_ _ _   _ _ _   _ _ _
3. SUBTOTAL - DESPESAS NÃO- -OPERACIONAIS	_ _ _   _ _ _   _ _ _

## 144. AS DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO ESTÃO INCLUÍDAS EM:

( ) DESPESAS OPERACIONAIS ( ) DESPESAS NÃO-OPERACIONAIS

|\_|  
55

## 145. AS DESPESAS COM PESSOAL ESTÃO INCLUÍDAS EM:

( ) DESPESAS OPERACIONAIS ( ) DESPESAS NÃO-OPERACIONAIS

|\_|  
56