

Altera os Anexos da Instrução Normativa MPS/SRP nº 3, de 14 de julho de 2005.

O **SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**, no uso das atribuições conferidas pelo art. 2º da Lei nº 11.457, de 16 de março de 2007, resolve:

Art. 1º Os Anexos I à XXXVIII da Instrução Normativa MPS/SRP nº 3, de 14 de julho de 2005, passam a vigorar conforme anexos desta Instrução Normativa.

Art. 2º Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

JORGE ANTONIO DEHER RACHID

ANEXOS

<u>ANEXO XVI</u>	<u>REQUERIMENTO DE RECONHECIMENTO DE ISENÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS</u>
<u>ANEXO XVI</u>	<u>INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA ENTIDADE</u>
<u>ANEXO XVII</u>	<u>RESUMO DE INFORMAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL</u>



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

ANEXO XV

REQUERIMENTO DE RECONHECIMENTO DE ISENÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE:

Nome: _____

Nome fantasia: _____

Início de atividades em ____/____/____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Município: _____ Estado: _____

CEP: _____ Telefone: _____ fax: _____

E-mail: _____

Registro no CNAS – processo nº _____ Res. _____, D.O.U. ____/____/____

Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - proc. nº _____, Resolução _____
publicada no D.O.U. de ____/____/____, vigente até ____/____/____.

Título de Utilidade Pública Federal - _____, publicado no D.O.U. de ____/____/____.

Título de Utilidade Pública Estadual - _____, publicado no D.O.E. de ____/____/____.

Título de Utilidade Pública Municipal - _____, publicado no D.O.M. de ____/____/____.

Registro no Cartório _____ sob nº _____ de ____/____/____.

Possui estabelecimentos, dependências e/ou obras de construção civil ?

() SIM () NÃO

Presta serviços na área:

() de assistência social

() educacional----- com adesão ao ProUni? () Sim () Não

() de saúde

2. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

Incluir tantos campos quantos sejam necessários para identificação de todos os responsáveis pela entidade.

2.1 Diretoria Estatutária

Nome: _____

Endereço: _____

Cargo que ocupa na entidade: _____

Início de atuação ____/____/____ Término de atuação ____/____/____

CPF: _____ R.G.: _____ O. Exp./UF.: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

Endereço: _____

Cargo que ocupa na entidade: _____

Início de atuação ____/____/____ Término de atuação ____/____/____

CPF: _____ R.G.: _____ O. Exp./UF.: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

Endereço: _____

Cargo que ocupa na entidade: _____

Início de atuação ____/____/____ Término de atuação ____/____/____

CPF: _____ R.G.: _____ O. Exp./UF.: _____ Data: ____/____/____

2.2 Diretoria Administrativa

Nome: _____

Endereço: _____

Cargo que ocupa na entidade: _____

Início de atuação ____/____/____ Término de atuação ____/____/____

CPF: _____ R.G.: _____ O. Exp./UF.: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

Endereço: _____

Cargo que ocupa na entidade: _____

Início de atuação ____/____/____ Término de atuação ____/____/____

CPF: _____ R.G.: _____ O. Exp./UF.: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

Endereço: _____

Cargo que ocupa na entidade: _____

Início de atuação ____/____/____ Término de atuação ____/____/____

CPF: _____ R.G.: _____ O. Exp./UF.: _____ Data: ____/____/____

2.3 Contador (PJ/PF)

Nome: _____

Endereço: _____

Início de atuação ____/____/____ Término de atuação ____/____/____

CPF: _____ R.G.: _____ O. Exp./UF.: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

Endereço: _____

Início de atuação ____/____/____ Término de atuação ____/____/____

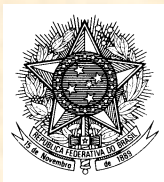
CPF: _____ R.G.: _____ O. Exp./UF.: _____ Data: ____/____/____

3. REQUERIMENTO

Por intermédio de seu representante legal, a entidade retro-qualificada vem requerer o reconhecimento da isenção das contribuições sociais previstas nos arts. 22 e 23 da Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991, declarando, sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações prestadas e que cumpre integralmente os requisitos previstos no art. 55 da Lei nº 8.212, de 1991.

Local e data: _____, ____ de _____, de _____ .

Assinatura



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
ANEXO XVI
INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA ENTIDADE

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Entidade:		CNPJ:
Endereço:		
Telefone	E-mail	
Município:	UF:	CEP:

2. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

Nome:	CPF:	RG:
Endereço:	Telefone:	
Município:	UF:	CEP:
Cargo:	Início de Atuação:	Término de Atuação:
Nome:	CPF:	RG:
Endereço:	Telefone:	
Município:	UF:	CEP:
Cargo:	Início de Atuação:	Término de Atuação:
Nome:	CPF:	RG:
Endereço:	Telefone:	
Município:	UF:	CEP:
Cargo:	Início de Atuação:	Término de Atuação:

3. RELAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS FILIAIS, DEPENDÊNCIAS E OBRAS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

NOME FANTASIA	INÍCIO ATIVIDADE	CNPJ/CEI	ATIVIDADE	ENDEREÇO	MUNICÍPIO/UF

Local:

Data:

Responsável:

Assinatura:



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

ANEXO XVII
RESUMO DE INFORMAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

1. DADOS DA ENTIDADE

DENOMINAÇÃO SOCIAL:				
NOME FANTASIA:				
CNPJ:		TELEFONE:		
ENDEREÇO:			BAIRRO:	
MUNICÍPIO:			UF:	CEP:

2. VALOR DA ISENÇÃO USUFRUÍDA PELA PESSOA JURÍDICA, SEUS ESTABELECIMENTOS E OBRAS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

VALOR DA ISENÇÃO USUFRUÍDA (ou a ser usufruída no caso de requerimento inicial de isenção)

CNPJ	CONT. PATRONAL	RAT	OUTRAS ENTIDADES	TOTAL

4. SERVIÇOS PRESTADOS NA ÁREA DE EDUCAÇÃO

4.1. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS GRATUITOS (INCLUSIVE PROUNI)

	RECURSOS PRÓPRIOS			
	BOLSAS INTEGRAIS	BOLSAS PARCIAIS 50%	BOLSAS PARCIAIS 25%	OUTROS PERCENTUAIS DE BOLSAS
QUANTIDADE				
VALOR TOTAL				

4.2. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS COM RECURSOS DE TERCEIROS

	BOLSAS INTEGRAIS		BOLSAS PARCIAIS	
	QUANTIDADE	VALOR	QUANTIDADE	VALOR
FIES Lei 10.260/2001				
CONVÊNIOS				
SUBVENÇÕES				

5.1. SERVIÇOS PRESTADOS

	INTERNAÇÕES		ATENDENDIMENTO. AMBULATORIAL	
	QUANTIDADE	RECEITA	QUANTIDADE	RECEITA
CONVÊNIO SUS				
OUTROS CONVÊNIOS				
SUBVENÇÕES				
PARTICULARES				
TOTAL				

5.2. SERVIÇOS GRATUITOS

	QUANTIDADE	CUSTO CONTÁBIL OU TABELA SUS	NÚMERO CONTA CONTÁBIL
INTERNAÇÕES			
ATENDIMENTO AMBULATORIAL			

6. QUESTIONÁRIO

O ÓRGÃO GESTOR DO SUS APRESENTOU DECLARAÇÃO DE IMPOSSIBILIDADE DE CONSTRATAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERCENTUAL MÍNIMO DE 60%?

SIM

NÃO

QUAL A CAPACIDADE INSTALADA PACIENTE/DIA NA ÁREA DE INTERNAÇÕES?

PACIENTE / DIA

QUAL O MÉTODO DE APURAÇÃO DOS CUSTOS CONTÁBEIS (tabela do SUS ou registro contábil)?

REGISTRO CONTÁBIL

TABELA SUS

FEZ OPÇÃO PELO PROUNI?

SIM

NÃO

INFORME A QUANTIDADE DE BOLSAS PARA FUNCIONÁRIOS E SEUS DEPENDENTES

BOLSA(S)

USA TRABALHO VOLUNTÁRIO (na forma da Lei nº 9.608/1998)?

SIM

NÃO

7. DECLARAÇÃO

Por intermédio de seu representante legal, a entidade retro qualificada, em atendimento ao disposto no inciso VII do art. 208, no caso de pedido de reconhecimento de isenção , ou ao disposto no art. 209, no caso de apresentação do Relatório Anual de Atividades, todos do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, DECLARA, sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações prestadas e que cumpre integralmente os requisitos previstos no art. 55 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

Local/Data:

Assinatura/Qualificação: