

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
PROGRAMA ESTADUAL DST/AIDS

ANEXO 1

PROPOSTA DE PROJETO: ONG/OSC
(COLOCAR O NOME DO PROJETO)

2017

NOME DO PROJETO: _____

1. DADOS INSTITUCIONAIS

NOME DA INSTITUIÇÃO _____

REGISTRO NO CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURIDICA (CNPJ):

_____ ATUALIZADO ATÉ ____/____/____

ORÇAMENTO DA INSTITUIÇÃO PARA O ANO **2017** R\$ _____

EQUIPE: (1) Número de voluntários _____

(2) Número de pessoas remuneradas : _____

ENDEREÇO (Rua/Av): _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE: () _____ FAX () _____

CORREIO ELETÔNICO: _____

HOMEPAGE (caso tenha): _____

2. DADOS DO PROJETOS

ÁREAS TEMÁTICAS: [] 1 – Promoção, Prevenção e Proteção às DST/HIV/Aids
[] 2 – Promoção de Direitos Humano
[] 3 – Atenção e apoio às pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids

POPULAÇÃO ALVO: _____

NÚMERO DE PESSOAS BENEFICIADAS: DIRETA [_____]

INDIRETA [_____]

MUNICÍPIOS ONDE SERÃO DESENVOLVIDAS AS AÇÕES [_____]

3. DADOS ORÇAMENTÁRIOS DO PROJETO

REPASSE SOLICITADO R\$ [_____]

CONTRA PARTIDA R\$ [_____]

TOTAL (REPASSE + CONTRAPARTIDA: R\$ [_____]

INSUMOS SOLICITADOS:

- () PRESERVATIVO MASCULINO – QUANTIDADE : _____/mês
() PRESERVATIVO FEMININO – QUANTIDADE : _____/mês
() KIT DE REDUÇÃO DE DANOS - QUANTIDADE : _____/mês
() GEL LUBRIFICANTE – QUANTIDADE : _____/mês

4. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS DA INSTITUIÇÃO

RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO (aquele a quem o Estatuto da instituição confere poderes para representá-la judicial e extrajudicialmente):

NOME COMPLETO: _____

NÚMERO CI/RG: _____ CPF _____

DESIGNAÇÃO DO CARGO _____

ELEIÇÃO/NOMEAÇÃO REALIZADA EM ____/____/____ MANDATO DE ____ ANOS,

COM INÍCIO EM ____/____/____ E TÉRMINO EM ____/____/____

ENDEREÇO ELETRÔNICO: _____

COORDENADOR DO PROJETO

NOME COMPLETO: _____

ESCOLARIDADE: _____

NÚMERO CI/RG: _____ CPF _____

TELEFONE PARA CONTATO: () _____ CEL () _____

ENDEREÇO ELETRÔNICO _____

5. DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Apresentar um breve histórico da instituição. Incluir áreas de atuação e experiência prévia na área de HIV/DST/Aids.

6. DESCRIÇÃO DO PROJETO

O benefício mais amplo que o projeto pretende alcançar.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Descrever, sucintamente, os objetivos, as atividades e os resultados esperados, incluindo o orçamento total. Nas atividades de reuniões e oficinas, descrever quantos participantes, período semanal/mensal e carga horária e recursos utilizados.

METODOLOGIA

Informe como será ministrado o conteúdo aos participantes, **metodologia (como será ministrado o conteúdo aos participantes)**

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO, DO PROBLEMA E DA POPULAÇÃO-ALVO

Todo projeto deve responder, em termos gerais, à pergunta: Por que executar o projeto? Ao se apresentar as razões, devem ser destacados os seguintes pontos: (i) problema que o projeto se propõe a solucionar ou minorar, e, (ii) relevância do projeto em relação ao problema identificado. Deve-se definir: (a) área geográfica em que o projeto está inserido, (b) as características da sua população (especificidades demográficas, sociais, econômicas e culturais), incluindo a situação epidemiológica das DST/Aids, (c) e a população-alvo que o projeto visa alcançar.

ANTECEDENTES DO PROJETO

Descrever as iniciativas anteriores da instituição proponente com relação à população-alvo.

INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Descrever o processo que permitirá a integração da instituição com o SUS: estratégia (s) de formalização e o envolvimento dos diferentes setores.

PROPOSTA DE SUSTENTABILIDADE

Descrever como a instituição ira manter as ações do projeto ao final do financiamento.

METAS

Apresentar os resultados esperados e as metas respectivas, descrevendo atividades para cada uma delas

METAS	ATIVIDADES	PRODUTOS ESPERADOS

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para cada resultado, descrever os indicadores de resultados, assim como os meios de verificação das informações (onde e como serão coletadas e analisadas).

Nº do Produto	INDICADORES DE PROCESSO	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	PERIODO DE EXECUÇÃO

ACOMPANHAMENTO MENSAL

Deverá ser elaborado mensalmente relatório conforme modelo abaixo (com todos os campos preenchidos) e enviado ao Programa Estadual de DST/AIDS, para acompanhamento das ações propostas no projeto.

Monitoramento do Projeto _____

Instituição _____

Relatório mensal do período ____/____/____

1. Monitoramento de atividades

a) Descrição das atividades realizadas

Atividade*	Data	Local	Nº de pessoas acessadas	Responsável/facilitador

* Reuniões, oficinas, palestras, roda de conversa, enquête teatral, distribuição de camisinhas, atendimento individual, participação em audiência, etc

- Anexar lista de presença
- Anexar fotos do evento

b) Descrição das dificuldades e facilidades

Dificuldades	Facilidades

c) Descrição dos avanços observados

Avanços observados

2 Monitoramento financeiro

No mês de: _____

a) Saldo do mês anterior	b) Gasto no mês*	c) Valor disponível para o próximo mês (a-b)

* anexar cópias de recibos, notas de compras e três propostas válidas em papel timbrado e assinatura do responsável pela empresa.

Local/data _____

Responsável pela elaboração do relatório

ORÇAMENTO

Para cada atividade, identificar o número da meta que se refere, os insumos e os custos previstos. Na última coluna (TOTAL) é necessário indicar o valor referente ao somatório do repasse solicitado e a contrapartida da instituição para cada atividade descrita. Adicionar folhas suplementares, se necessário.

Nº da Meta	DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS ATIVIDADES	INSUMOS	REPASSE SOLICITADO	CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO	TOTAL