

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

INSTITUIÇÃO: _____
ENDEREÇO: _____
Cidade: _____ Estado: _____
CEP: _____
Telefone: _____ Fax: _____
E-mail: _____
Número de voluntários: _____
Número de pessoas remuneradas: _____

PROPOSTA DE PROJETO ONG

Endereço (Rua/Av.): _____
Cidade: _____ **PEQUENOS PROJETOS** CEP: _____
Telefone () _____ Fax () _____
E-mail eletrônico (caso tenha): _____
Site eletrônico (caso tenha): _____

TIPO DE PROJETO

- TIPO DE PROJETO: [] A - Atenção às Pessoas Vivendo com HIV/Aids (APA)
[] B - Informação/Educação/Comunicação (IEC)
[] C - Intervenção Comportamental (IC)
[] D - Desenvolvimento Institucional (DI)

POPULAÇÃO-ALVO: _____

NÚMERO DE PESSOAS BENEFICIADAS: [_____]

ÁREA GEOGRÁFICA ABRANGIDA: [2000 _____]

**COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS
PROPOSTA DE PROJETO ONG**

TÍTULO DO PROJETO: _____

1. DADOS INSTITUCIONAIS

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

REGISTRO NO CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA (CNPJ):
_____ VÁLIDO ATÉ ____/____/____

EQUIPE: (1) Número de voluntários: _____
(2) Número de pessoas remuneradas: _____

ENDEREÇO(Rua/Av.): _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE: () _____ FAX: () _____

CORREIO ELETRÔNICO (caso tenha): _____

HOMEPAGE (caso tenha): _____

2. DADOS DO PROJETO

TIPO DE PROJETO: [] A - Atenção as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (APA)
[] B - Informação/Educação/Comunicação (IEC)
[] C - Intervenção Comportamental (IC)
[] D - Desenvolvimento Institucional (DI)

POPULAÇÃO-ALVO: _____

NÚMERO DE PESSOAS BENEFICIADAS: [_____]

ÁREA GEOGRÁFICA ABRANGIDA: [_____]

3. DADOS ORÇAMENTÁRIOS DO PROJETO

REPASSE SOLICITADO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE: R\$ [_____]

CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO: R\$ [_____]

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

PRESERVATIVOS SOLICITADOS AO MS: _____ unidades

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 ____/____/____

COORDENADOR DO PROJETO:

NOME COMPLETO: _____

NÚMERO CI/RG: _____ CPF _____

TELEFONE PARA CONTATO: () _____

5. DESCRIÇÃO DO PROJETO

OBJETIVO GERAL 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. A descrição do sumário não deve ultrapassar o espaço indicado nesta página.

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.

BREVE DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO

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

A large, empty rectangular box with a black border, occupying most of the page below the instructions. It is intended for the user to provide a brief history of the institution, including its areas of activity and previous experience in the HIV/DST/Aids field.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresentar os objetivos específicos e os resultados esperados para cada um deles.

Nº. OBJ.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ATIVIDADES	PERÍODO DE EXECUÇÃO

1PÊ-PCI-DHMS-7-07(7)

ORÇAMENTO

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

Nº da Atividade	DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS ATIVIDADES	INSUMOS	REPASSE SOLICITADO AO MS	CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO	TOTAL
TOTAL					

1PE-PO1-DHMS-7-07 (B)