

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

**PROPOSTA DE PROJETO ONG
PADRÃO**

2000

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

NOME DO PROJETO: Influência Comportamental entre os Trabalhadores de Saúde.

1. DADOS INSTITUCIONAIS

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

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

ORÇAMENTO DA INSTITUIÇÃO PARA O ANO 2001: R\$ _____

RELAÇÃO DOS APOIOS FINANCEIROS NACIONAIS E INTERNACIONAIS (relacionar nomes das instituições que apoiam financeiramente a entidade ou outras formas de captação de recursos como doações, convênios, etc)

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: Trabalhadores da Indústria de pegivos e médio porte e seus dependentes

NÚMERO DE PESSOAS BENEFICIADAS: [10.000,00]

ÁREA GEOGRÁFICA ABRANGIDA: Municípios de: Goiânia, Aparecido de Goiânia, Anápolis, Catalão, Tombador, Rio Verde

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: () _____

ASSISTENTE DE COORDENAÇÃO DO PROJETO:

89

NÚMERO CI/RG: _____ CPF _____

TELEFONE PARA CONTATO: () _____

5. DESCRIÇÃO DO PROJETO**OBJETIVO GERAL DO PROJETO**

O benefício mais amplo que o projeto pretende alcançar:

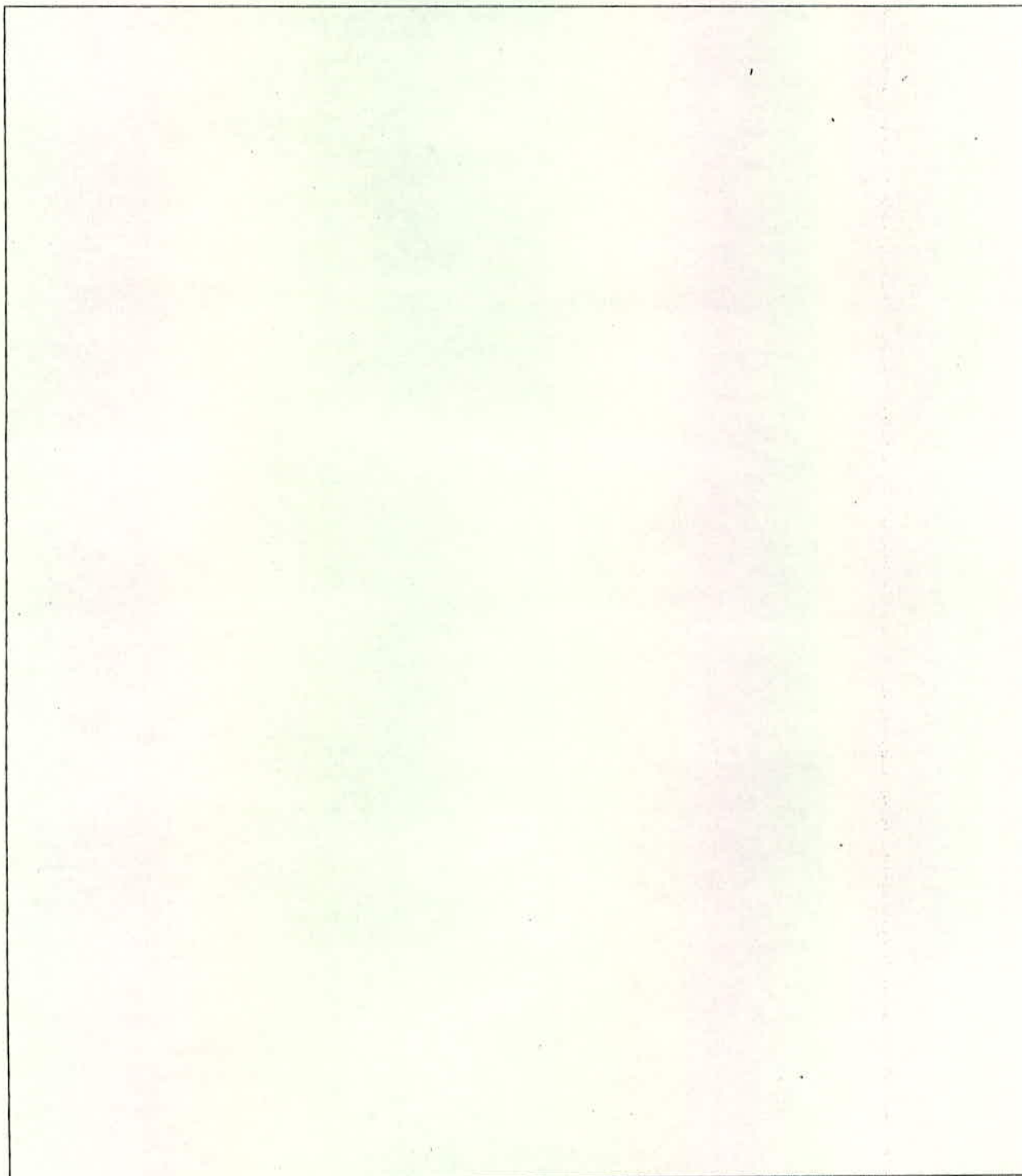
SUMÁRIO EXECUTIVO

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.

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page below the header. It is intended for the user to write the executive summary, including objectives, activities, expected results, and total budget.

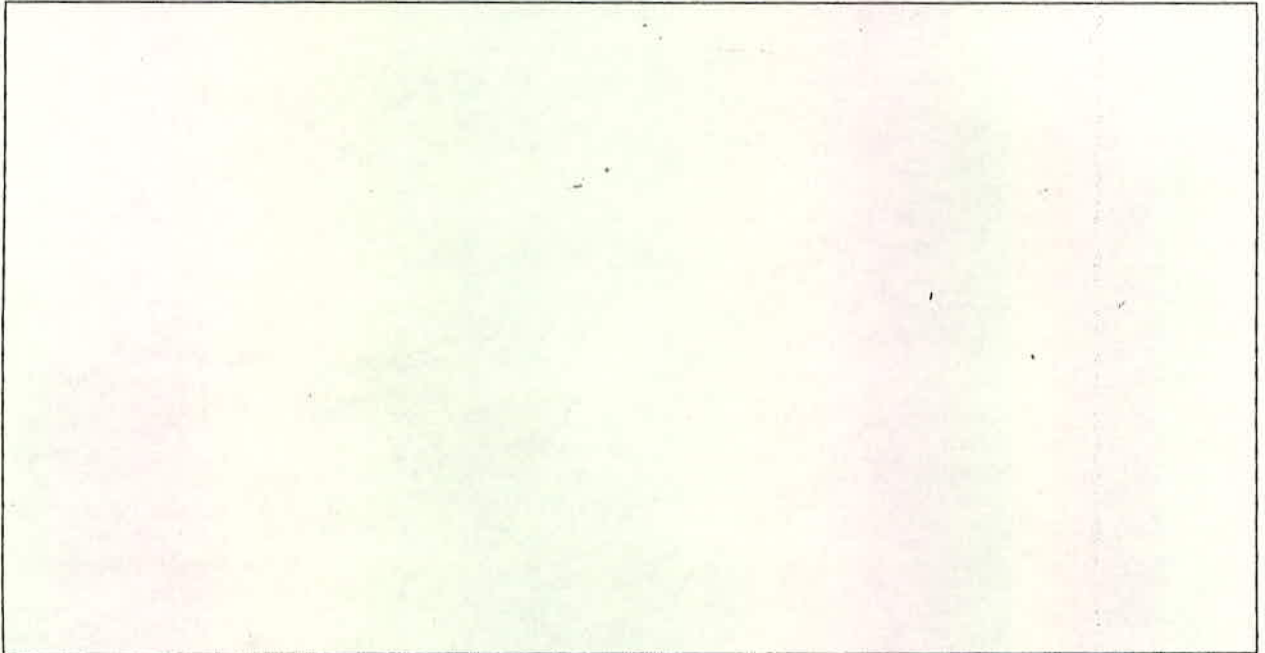
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO, DO PROBLEMA E DA POPULAÇÃO-ALVO

Todo projeto deve responder, em termos gerais, a 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.



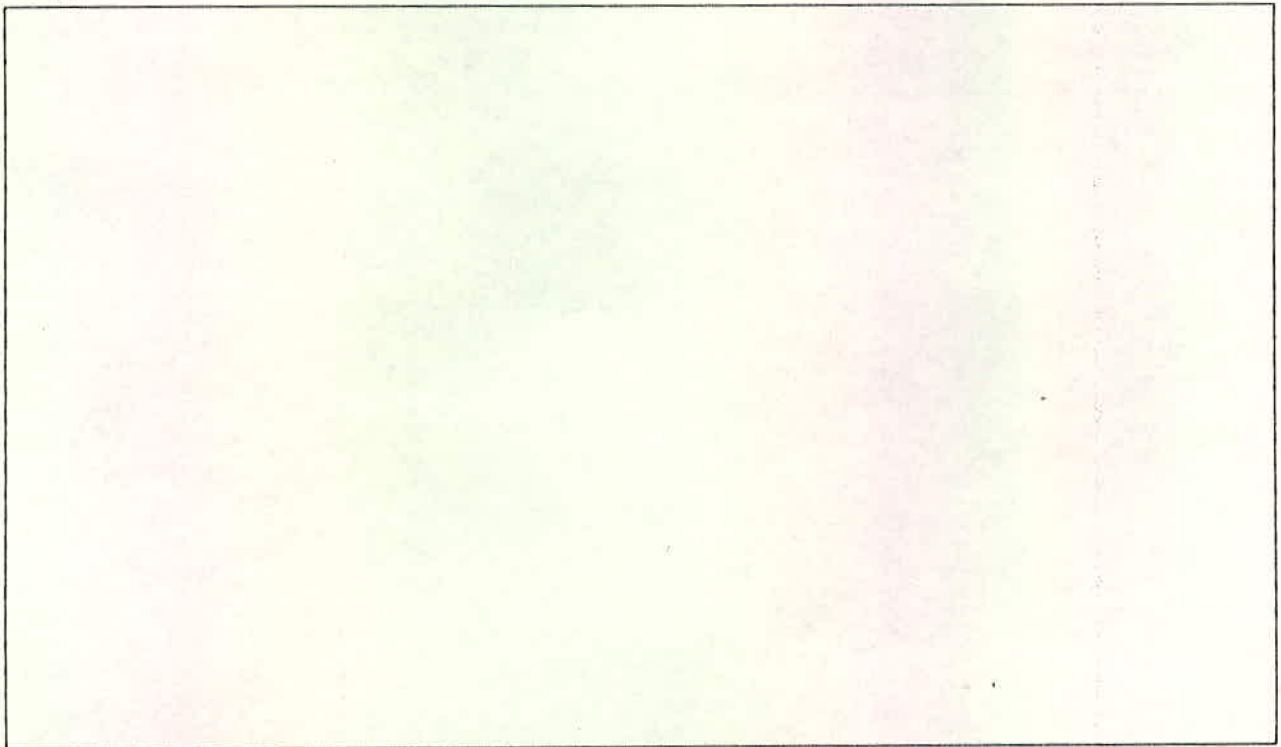
ANTECEDENTES DO PROJETO

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



INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

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



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 thin black border, intended for the user to write the description of the institution as requested in the text above.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

Nº OBJ.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ATIVIDADES	PERÍODO DE EXECUÇÃO

IPÊ - PCI - ORMS - 7 - 08 (9)

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para cada atividade, descrever os indicadores de avaliação de processo e de intervenção, assim como os meios de verificação das informações (onde e como serão coletadas e analisadas).

Nº do Objetivo Específico	Nº da Atividade	INDICADORES DE INTERVENÇÃO	MEIOS DE VERIFICAÇÃO

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
	Estruturação e preparação da Sede e Equipe do projeto	<ul style="list-style-type: none"> 1- Retroprojetor 1- Computador 1- Impressora 1- Fax 1- 			
TOTAL					

IPÊ - PCI - DHMS - 7-08 (11)