



ANEXO I

PROPOSTA DE PROJETO ONG

NOME DO PROJETO:

1. DADOS INSTITUCIONAIS

NOME DA INSTITUIÇÃO:

ENDEREÇO:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

TELEFONE:

FAX:

CORREIO ELETRÔNICO (caso tenha):

HOMEPAGE (caso tenha) : _____

2. DADOS DO PROJETO

TIPO DO PROJETO:

PÚBLICO PRIORITÁRIO: _____

NÚMERO PREVISTO DE PESSOAS BENEFICIADAS: []

ÁREA GEOGRÁFICA ABRANGIDA: _____

3. DADOS ORÇAMENTÁRIOS DO PROJETO

VALOR DO REPASSE: R\$ _____

TOTAL: R\$ _____





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – GEVS
GERÊNCIA OPERACIONAL DAS DST / AIDS E HEPATITES VIRAIS**

4. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS DA INSTITUIÇÃO

RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO:

NOME COMPLETO:

NÚMERO CI/RG:

CPF:

DESIGNAÇÃO DO CARGO:

ELEIÇÃO/NOMEAÇÃO REALIZADA EM:

MANDATO:

INÍCIO:

TÉRMINO:

COORDENADOR DO PROJETO:

NOME COMPLETO:

NÚMERO CI/RG:

CPF:

TELEFONE PARA CONTATO:



*AV. DOM PEDRO II, N.º 1826 – TORRE
JOÃO PESSOA – PB - CEP: 58.040.903
Fone: (83) 3218-7327 - Fax: (83) 3218-7444
E-mail: dstaids@saude.pb.gov.br*





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.





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.





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – GEVS
GERÊNCIA OPERACIONAL DAS DST / AIDS E HEPATITES VIRAIS**

ANTECEDENTES DO PROJETO

Descrever sucintamente as experiências anteriores da instituição proponente com relação às DST/HIV/Aids.



*AV. DOM PEDRO II, N.º 1826 – TORRE
JOÃO PESSOA – PB - CEP: 58.040.903
Fone: (83) 3218-7327 - Fax: (83) 3218-7444
E-mail: dstaids@saude.pb.gov.br*





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – GEVS
GERÊNCIA OPERACIONAL DAS DST / AIDS E HEPATITES VIRAIS**

INTEGRAÇÃO COM O SUS

Descrever o processo que permitirá a articulação da instituição com o SUS, buscando fortalecer a atenção oferecida pela rede de serviços local em relação ao projeto proposto.



*AV. DOM PEDRO II, N.º 1826 – TORRE
JOÃO PESSOA – PB - CEP: 58.040.903
Fone: (83) 3218-7327 - Fax: (83) 3218-7444
E-mail: dstaids@saude.pb.gov.br*





CRONOGRAMA FÍSICO

Descrever os procedimentos no que tange à periodicidade em que serão desenvolvidas cada uma das atividades e os resultados esperados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS <i>ESPERADOS</i>	ATIVIDADES	PERÍODO DE EXECUÇÃO





MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para cada atividade, descrever os indicadores de intervenção, assim como os meios de verificação das informações compatíveis com os objetivos e as atividades propostas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	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. Adicionar folhas suplementares, se necessário.

ATIVIDADE	DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS ATIVIDADES	INSUMOS	REPASSE SOLICITADO	TOTAL
TOTAL				

