



**ANEXO II
TERMO DE REFÊRENCIA**

Nome: _____
Endereço: _____
Anos de Existência: _____ CNPJ: _____

HISTÓRICO

Descrever sucintamente o histórico da Instituição, data de fundação, personalidade jurídica de acordo com o estatuto social. Anexar cópia do CNPJ, do estatuto, da última ata de reunião, da carteira de identidade e CPF do responsável legal.

Relacionar Membros da Diretoria vigente com seus respectivos cargos.

Principais Áreas de Atuação:

Relatar a finalidade, linhas de ação e público prioritário. Sob este título, fornecer também em linhas gerais, a experiência anterior em execução de projeto em DST/HIV/Aids fornecendo datas e fontes de financiamento. (Utilizar no máximo meia página. Anexar cartas de recomendações).

Nos casos de experiência anterior com projetos municipais, anexar declaração das Secretarias Municipais de Saúde ou Microrregional de Saúde.

CAPACIDADE OPERACIONAL

1. Equipe Técnica:

Relatar como está constituída a equipe técnica da Instituição e em que área atua, relacionando os profissionais.

2. Estrutura Física / Operacional

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do Responsável

