

**EDITAL DE SELEÇÃO Nº 02/2024****Seleção pública de projetos para a prevenção, diagnóstico e Assistência/monitoramento de Doenças de Condições Crônicas e IST, Assistência às pessoas com HIV/Aids/HV/TB e Desenvolvimento Institucional das ONG/ Aids da Paraíba.**

A Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, por intermédio da Gerência Operacional de Condições Crônicas e IST, da Gerência Executiva de Vigilância em Saúde, torna público a realização de seleção para o repasse financeiro para o financiamento de projetos comunitários de intervenção a serem executados por Organizações Não-Governamentais e outras Organizações da Sociedade Civil sem fins lucrativos, localizadas no Estado da Paraíba, na área de prevenção, ocorrências de IST/HIV/Aids/HV, assistência às pessoas que vivem e/ou convivem com HIV/Aids/HV/TB e Desenvolvimento Institucional das ONGs Aids, nos termos aqui estabelecidos.

1 – INFORMAÇÕES GERAIS**1.1 – Escopo**

Visando o controle da epidemia de HIV/Aids/HV/TB e de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o Governo do Estado da Paraíba, através da Secretaria de Estado da Saúde, vem desenvolvendo uma série de ações em articulação com a sociedade civil e outros órgãos governamentais (Federais, Estaduais e Municipais), com vistas também na promoção dos Direitos Humanos das pessoas que vivem com HIV/Aids/HV/TB e outras IST na Paraíba.

1.2 - Objetivo

O presente edital tem por objetivo selecionar, através de Termo de Colaboração (08) projetos junto às organizações não governamentais e outras organizações da sociedade civil, sem fins lucrativos, que atuem na assistência às pessoas que vivem e/ou convivem com HIV/Aids, mediante o aporte de recursos financeiros a estes projetos pelo governo do Estado da Paraíba.

1.3 – Áreas de Atuação

O presente Edital contempla as áreas de atuação em Prevenção, Assistência e Desenvolvimento Institucional, divididas entre as seguintes áreas temáticas:

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



SESOFN202405909A





DESCRIÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO	LINHAS TEMÁTICAS
Prevenção combinada	Promoção de Práticas em redução de danos
	Comunicação em Saúde entre pares
	Promoção dos Direitos Humanos
	Advocacy e Controle Social
Desenvolvimento Institucional	Fortalecimento das Organizações não Governamentais voltadas as ações de fortalecimento acesso aos insumos de prevenção
Assistência/monitoramento	- Assistência, busca ativa e fortalecimento da adesão as pessoas com coinfeção HIV/TB

1.3.1 – Linhas Temáticas

As áreas temáticas definidas a luz da Portaria GM/MS nº 232, de 07 de fevereiro de 2022, que aprova os novos valores da transferência fundo a fundo do incentivo de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das IST, HIV/Aids e Hepatites virais, do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde, e das prioridades locais, visam fortalecer a assistência às pessoas que vivem e/ou convivem com HIV/Aids, buscando a melhoria das condições de vida do público acima referido.

1.4. Cronograma

FASES	DATA
Submissão de propostas	22 DE OUTUBRO DE 2024
Divulgação dos resultados	31 DE OUTUBRO DE 2024
Período para Recebimento de Recursos	04 DE NOVEMBRO DE 2024
Análise dos Recursos	05 DE NOVEMBRO DE 2024
Homologação dos Resultados	07 DE NOVEMBRO DE 2024
Prazo Final para Entrega da Documentação	18 DE NOVEMBRO DE 2024
Prazo previsto para Início da Contratação	17 DE FEVEREIRO DE 2025

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A



1.5 – Público-Prioritário

Considerando as áreas de atuação descritas anteriormente contemplaremos somente projetos direcionados para os seguintes segmentos das populações a baixo:

- Assistência as pessoas com HIV/Aids/Tuberculose/Hepatites virais;
- Pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids/Tuberculose/Hepatites virais;
- Contribuições de monitoramento aos casos de Tuberculose/HIV no Banco de Dados Estadual;
- Mulheres em situação de maior vulnerabilidade (vítimas de violência, com baixa escolaridade, de baixa renda);
- População LGBTQI+ e HSH – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Homens que fazem sexo com homens – HSH;
- Profissionais do Sexo (masculino e/ou feminino);
- Prevenção combinada as IST/HIV/Aids para adolescentes e jovens;
- Prevenção combinada as IST/HIV/Aids população de Idosos (as);
- Prevenção combinada as IST/HIV/Aids população de comunidades tradicionais (Indígenas, Quilombolas, Terreiro e ciganos);
- Prevenção combinada as IST/HIV/Aids população privadas de liberdade;
- Prevenção combinada as IST/HIV/Aids população em situação de rua;
- Prevenção combinada as IST/HIV/Aids populações em uso de crack e outras drogas;
- Prevenção combinada as IST/HIV/Aids pessoas com deficiência (física, cognitiva e intelectual);

1.5.1 - Poderão participar desta seleção Organizações da Sociedade Civil sem fins lucrativos localizadas no Estado da Paraíba e que estejam de acordo com as especificações contidas neste edital, que tenham seus objetivos sociais compatíveis com a Política de incentivo para Estados e municípios no âmbito do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis e de acordo com a Lei Nº 13.204/2014 e alterações, que considera:

a)- entidade privada sem fins lucrativos que não distribua entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados, doadores ou terceiros eventuais resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, isenções de qualquer natureza, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplique integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de

b) as sociedades cooperativas previstas na [Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999](#); as integradas por pessoas em de trabalho e renda; as voltadas para fomento, educação e capacitação de trabalhadores rurais ou capacitação de agentes de assistência técnica e extensão rural; e as capacitadas para execução de atividades ou de projetos de interesse público e de cunho social. [\(Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015\)](#)



SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

c) as organizações religiosas que se dediquem a atividades ou a projetos de interesse público e de cunho social distintas das destinadas a fins exclusivamente religiosos; [\(Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015\)](#)

1.5.2 - Estão impedidas de participar da presente seleção as instituições que embora se enquadrem no disposto do sub-item 1.5.1 do presente Edital, encontrem-se com pendências no cumprimento das exigências da Secretaria de Estado da Saúde - Paraíba, no que tange a prestação de contas ou a relatórios narrativo e de progresso vinculados a projetos anteriormente apoiados pela esfera Estadual e as que estão com impedimentos relacionados no ART. 39 da Lei 13.019/2014.

Art. 39. Ficará impedida de celebrar qualquer modalidade de parceria prevista nesta Lei a organização da sociedade civil que:

I - não esteja regularmente constituída ou, se estrangeira, não esteja autorizada a funcionar no território nacional;

II - esteja omissa no dever de prestar contas de parceria anteriormente celebrada;

III - tenha como dirigente membro de Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública da mesma esfera governamental na qual será celebrado o termo de colaboração ou de fomento, estendendo-se a vedação aos respectivos cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau; [\(Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015\)](#)

IV - tenha tido as contas rejeitadas pela administração pública nos últimos cinco anos, exceto se: [\(Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015\)](#)

a) for sanada a irregularidade que motivou a rejeição e quitados os débitos eventualmente imputados; [\(Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015\)](#)

b) for reconsiderada ou revista a decisão pela rejeição; [\(Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015\)](#)

c) a apreciação das contas estiver pendente de decisão sobre recurso com efeito suspensivo; [\(Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015\)](#)

V - tenha sido punida com uma das seguintes sanções, pelo período que durar a penalidade:

a) suspensão de participação em licitação e impedimento de contratar com a administração;

b) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública;

c) a prevista no inciso II do art. 73 desta Lei;

d) a prevista no inciso III do art. 73 desta Lei;

VI - tenha tido contas de parceria julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, em decisão irrecorrível, nos últimos 8 (oito) anos;

VII - tenha entre seus dirigentes pessoa:

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A



- a) cujas contas relativas a parcerias tenham sido julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, em decisão irrecurável, nos últimos 8 (oito) anos;
- b) julgada responsável por falta grave e inabilitada para o exercício de cargo em comissão ou função de confiança, enquanto durar a inabilitação;
- c) considerada responsável por ato de improbidade, enquanto durarem os prazos estabelecidos.

§ 1º Nas hipóteses deste artigo, é igualmente vedada a transferência de novos recursos no âmbito de parcerias em execução, excetuando-se os casos de serviços essenciais que não podem ser adiados sob pena de prejuízo ao erário ou à população, desde que precedida de expressa e fundamentada autorização do dirigente máximo do órgão ou entidade da administração pública, sob pena de responsabilidade solidária.

§ 2º Em qualquer das hipóteses previstas no **caput**, persiste o impedimento para celebrar parceria enquanto não houver o ressarcimento do dano ao erário, pelo qual seja responsável a organização da sociedade civil ou seu dirigente.

§ 4º Para os fins do disposto na alínea *a* do inciso IV e no § 2º, não serão considerados débitos que decorram de atrasos na liberação de repasses pela administração pública ou que tenham sido objeto de parcelamento, se a organização da sociedade civil estiver em situação regular no parcelamento. [\(Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015\)](#)

§ 5º A vedação prevista no inciso III não se aplica à celebração de parcerias com entidades que, pela sua própria natureza, sejam constituídas pelas autoridades referidas naquele inciso, sendo vedado que a mesma pessoa figure no termo de colaboração, no termo de fomento ou no acordo de cooperação simultaneamente como dirigente e administrador público. [\(Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015\)](#)

§ 6º Não são considerados membros de Poder os integrantes de conselhos de direitos e de políticas públicas. [\(Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015\)](#)

1.6 – Recursos Financeiros

1.6.1 – As propostas aprovadas serão financiadas com recursos no valor global estimado de R\$ 200.000,00 (Duzentos mil Reais), oriundos do Incentivo do Fundo Nacional para o Fundo Estadual – PB.

1.6.2 – Serão selecionados até 08 (oito) projetos, cada instituição pode apresentar e ter a aprovação de um único projeto, cuja soma de valor para seu financiamento pela SES-PB não seja superior a R\$ 25.000,00 (Vinte e Cinco mil Reais) por projeto.

1.6.3 - Os projetos que apresentarem no orçamento, solicitação de recursos superiores a esse teto serão excluídos do processo seletivo.

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

1.6.4 - A liberação dos recursos solicitados de acordo com os itens deste Edital, será efetuada em uma única parcela e a documentação de prestação de contas física e financeira da execução deverá ser apresentada à Gerência Financeira da SES- PB ao término das ações desenvolvidas pelas ONGs junto a Gerente da Gerência Operacional de Condições Crônicas e IST da Paraíba, conforme prazo estabelecido no Termo de Cooperação.

1.6.5 – Os insumos solicitados deverão estar coerentes com as atividades propostas e detalhadas de acordo com o anexo I deste edital.

1.7 - Itens NÃO Financiáveis

De acordo com a PORTARIA GM /MS Nº 1.928 de 28/06/2022 - Ficam habilitados os estados e seus respectivos municípios ao recebimento do Incentivo de Custeio às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e Hepatites Virais, do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde e conforme a classificação orçamentária da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - PB não é permitida a aquisição de equipamentos.

1.8 - Prazo de Execução de Projetos

1.8.1 - Os projetos a serem apoiados pelo presente Edital poderão ter no máximo 12 (doze) meses de prazo de execução, contados a partir da data de publicação do Termo de Colaboração no Diário Oficial do Estado.

2 - APRESENTAÇÃO E ENVIO DAS PROPOSTAS

2.1 – Deverão compor obrigatoriamente as propostas os seguintes anexos:

I – PROPOSTA DE PROJETO

II – TERMO DE REFERÊNCIA

2.2 - Os projetos deverão ser apresentados em formulário específico fornecido pela Gerência Operacional de Condições crônicas e IST- SES-PB (Anexos I, II), em 03 (três) vias digitadas e assinadas, acompanhado da documentação mencionada no presente Edital no Item 3.

2.3 – Só serão aceitos (no processo de seleção) os projetos entregues pessoalmente na Gerência Operacional de Condições crônicas e IST- SES-PB, não serão aceitos os projetos enviados por fax ou via correio eletrônico. O endereço a ser entregue é o seguinte:

AVENIDA DOM PEDRO II, 1826 - TORRE

JOÃO PESSOA - PB

CEP: 58040-440

EDITAL DE SELEÇÃO Nº 01/2023

À GERÊNCIA OPERACIONAL DE CONDIÇÕES CRONICAS E IST

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A



2.4 - A instituição proponente se responsabiliza pela veracidade das informações prestadas, sob pena de suspensão do financiamento.

3 - CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO

Para habilitar-se na presente seleção a instituição proponente deverá entregar envelope lacrado contendo os documentos abaixo relacionados:

3.1 - Estatuto da Instituição

3.2 - Projeto digitado em 03 (três) vias de acordo com o modelo de projeto do Anexo I, do presente Edital, impresso de forma legível, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, datado e assinado pelo representante legal ou preposto da instituição, que se encontra disponibilizado no Portal do Governo do Estado da Paraíba, no link: www.paraiba.pb.gov.br/saude.

3.3 - Currículo do (a) Coordenador (a) do Projeto em 03 (três) vias

3.4 - Cópia do cartão do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ atualizado;

3.5 – Termo de Referência em 03 (três) vias, de acordo com o modelo de Termo de Referência do Anexo II do presente edital e Carta de recomendação em 01 (uma) via da Gerência Operacional de Condições Crônicas e IST e, na ausência desta, da Secretaria Municipal de Saúde ou da Secretaria de Assistência Social em cuja área geográfica de abrangência a instituição tem sua sede, atestando: A existência da instituição; a existência de estrutura física para desenvolver o projeto; que realiza atividades compatíveis com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a adequação do projeto às necessidades locais, no âmbito da prevenção às IST/HIV/Aids/HV e assistência às pessoas que vivem e/ou convivem com HIV/Aids;

3.6 - Declaração de adimplência da ONG, fornecido pela Gerência Financeira da SES-PB.

3.7 – Carta de Recomendação do Fórum ou Articulação de ONGs Aids da Paraíba.

3.8 – A instituição que não anexar ao projeto enviado qualquer um dos documentos acima solicitados será automaticamente excluída do processo de seleção.

4 - PROCESSO DE SELEÇÃO

4.1 O processo de seleção estará sob a responsabilidade de uma comissão especialmente constituída para este fim, doravante denominada COMISSÃO, composta de 03 (três) membros titulares, 01 (um) indicado pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba por meio da Gerência Operacional de Condições Crônicas e IST, 01 (um) membro do Complexo Hospitalar Clementino Fraga e, 01 (um) membro indicado pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba por meio da Gerência Executiva de Vigilância em Saúde, com três suplentes igualmente indicados.

4.2 – A indicação dos membros obedecerá como pressuposto o critério de notório saber em sua área de atuação, e suas indicações serão confirmadas através de Portaria emitida pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

5 - CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

5.1 - Compatibilidade dos objetivos do projeto com as diretrizes do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, sendo:

- Reduzir a incidência da infecção pelo HIV/Aids/HV e outras IST;
- Assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids/Hepatites Virais/Tuberculose;
- Integração efetiva das ações propostas com o Sistema Único de Saúde no âmbito Estadual;
- Relevância epidemiológica, geográfica e da população prioritária no âmbito Estadual;

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A



SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

- Localização geográfica do projeto no âmbito da abrangência exclusiva do Estado da Paraíba;
- A instituição participante deverá ter no mínimo 01(Um) ano de existência até a data da publicação deste Edital, devendo comprovar tal característica por meio do CNPJ.

6 - JULGAMENTO DAS PROPOSTAS E ATRIBUIÇÃO DE NOTAS TÉCNICAS:

Para celebrar as parcerias, as organizações da sociedade civil deverão ser regidas por normas de organização interna que prevejam, expressamente:

I - objetivos voltados à promoção de atividades e finalidades de relevância pública e social;

II - que, em caso de dissolução da entidade, o respectivo patrimônio líquido seja transferido a outra pessoa jurídica de igual natureza que preencha os requisitos desta Lei e cujo objeto social seja, preferencialmente, o mesmo da entidade extinta;

III - escrituração de acordo com os princípios fundamentais de contabilidade e com as Normas Brasileiras de Contabilidade;

V - possuir:

a) no mínimo, um, dois ou três anos de existência, com cadastro ativo, comprovados por meio de documentação emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, com base no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ, conforme, respectivamente, a parceria seja celebrada no âmbito dos Municípios, do Distrito Federal ou dos Estados e da União, admitida a redução desses prazos por ato específico de cada ente na hipótese de nenhuma organização atingi-los;

b) experiência prévia na realização, com efetividade, do objeto da parceria ou de natureza semelhante;

c) instalações, condições materiais e capacidade técnica e operacional para o desenvolvimento das atividades ou projetos previstos na parceria e o cumprimento das metas estabelecidas

Para o julgamento dos projetos; Estes serão avaliados pela Comissão, o seu conteúdo, considerando os aspectos estabelecidos neste Edital.

Após a avaliação será atribuída nota a cada um dos itens, conforme os critérios de pontuação definidos abaixo.

A pontuação informada em cada um dos subitens poderá ser alcançada a partir do que será atribuído pela Comissão, indo de 0,0 (zero), até a pontuação máxima informada em cada item.

A pontuação não poderá ultrapassar o limite de 100 (cem) pontos e nem ser inferior a 70 (setenta) pontos. No somatório de todos os pontos será encontrada a Nota Técnica (NT), base para a classificação final.

No julgamento da proposta técnica serão pontuados os seguintes critérios, em cada qual o valor de pontos indicado representa a pontuação máxima a ser atribuída pela comissão:

6.1 - EXPERIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

6.1.1 - Experiência em execução de projetos na área de IST/HIV/Aids/HV 5,0 pontos

Esta comprovação dar-se-á através de declaração emitida pelas representações Fórum de ONG/AIDS - PB e/ou Articulação Aids na Paraíba.

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A



6.2 - CAPACIDADE OPERACIONAL

6.2.1 - Equipe técnica da Instituição - Pontuação Máxima Possível

10,0 pontos

Avaliar-se-á a capacidade técnica do (a) coordenador(a) responsável a partir:

Do relato constante no Anexo II - Termo de Referência;

Experiência de trabalhos na área fim a que se destina este Edital;

Análise de currículo com comprovação.

6.3 - QUALIDADE TÉCNICA DA PROPOSTA

O valor indicado em cada um dos subitens abaixo é a pontuação máxima que pode ser atribuída pela Comissão para cada aspecto avaliável.

6.3.1-Organização da Proposta -

5,0 pontos

Proposta técnica apresentada em 03 (três) vias, com clareza, legível, sem rasuras, conforme o modelo do projeto do Anexo I deste edital.

6.3.2 - Objetivos do Projeto -

5,0 pontos

Manter a compatibilidade do objetivo com a proposta e com as ações estratégicas relacionadas no item 5 do projeto básico (Anexo I).

6.3.3 - Sumário Executivo do Projeto -

10,0 pontos

Demonstrar objetividade e clareza na descrição sucinta dos objetivos, atividades, resultados esperados e o valor da proposta.

6.3.4 - Descrição da Situação Problema e do Público prioritário

10,0 pontos

Demonstrar coerência entre a justificativa para a realização do projeto, bem como a relevância da proposta em relação à área geográfica, características do público prioritário, incluindo a sua situação epidemiológica.

6.3.5 – Antecedente do Projeto -

10,0 pontos

Descrever sucintamente as experiências anteriores da instituição proponente com relação as IST/HIV/Aids/HV.

6.3.6 - Integração com o SUS (Política de HIV/Aids do Estado , Planos de Enfrentamento a o HIV/Aids/IST/HV a População de HSH, Gays, Travestis e transexuais) -

5,0 pontos

Apresentar proposta com possibilidade de articulação com o SUS.

6.3.7 – Cronograma Físico -

10,0 pontos

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

6.3.8 - Monitoramento e Avaliação -

10,0 pontos

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A



Demonstrar coerência entre os indicadores (dados quantitativos que permitem avaliar a execução da atividade proposta), as atividades e os meios de verificação.

6.3.9 – Orçamento - 10.0 pontos

Demonstrar que os insumos solicitados estão coerentes com as atividades propostas e detalhadas de acordo com o exigido no Anexo I (Projeto Básico) deste edital.

6.3.10 – Interiorização das Ações - 10.0 pontos

Apresentar proposta que conste deslocamento para ações sistemáticas, priorizando outros municípios, e/ou de assistência as PVHIV/Aids oriundas de outros municípios, acrescidos ao da sede da instituição e que não sejam contemplados com o incentivo Fundo a Fundo.

6.4 - A Nota Técnica (NT) de cada instituição será obtida pela somatória das notas de cada aspecto avaliado, conforme critérios definidos acima.

6.5. - Em caso de empate, a classificação será definida considerando-se a MAIOR NOTA encontrada no item 6.3.3. Persistindo o EMPATE, o desempate se dará mediante sorteio a se realizar em sessão pública da Comissão, cuja convocação dar-se-á por meio de edital publicado no Diário Oficial do Estado com antecedência mínima de três dias.

7. CALENDÁRIO

7.1) A data da entrega dos documentos e dos projetos para este processo seletivo será até as **16:30h** dia **22/10/2024**. Em hipótese alguma, serão aceitos projetos entregues após essa data e horário.

7.2) O resultado da seleção e a classificação dos projetos com as devidas justificativas, obedecendo ao disposto previsto no subitem 1.4, serão elaborados pela Comissão e disponibilizados no Portal da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba: **<https://paraiba.pb.gov.br>** até o dia **31/10/2024**.

7.3) Os recursos ao resultado da seleção deverão ser entregues na Gerência Operacional de Condições Crônicas e IST - SES-PB no dia **04/11/2024**.

7.4) O resultado final será divulgado no Portal da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba: **<https://paraiba.pb.gov.br>** no dia **07/11/2024** e também no **Diário Oficial do Estado da Paraíba**.

8 - MONITORAMENTO E SUPERVISÃO

8.1 - Os projetos aprovados para efetivação dos Termos de Colaboração serão monitorados técnica e financeiramente pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. O não cumprimento por parte do Proponente ao estabelecido no referido Termo de Colaboração inviabilizará o apoio concedido pela SES-PB, acarretando a rescisão do Termo de Colaboração.

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

9 - PROJETOS APROVADOS

Caso a instituição tenha o projeto aprovado nesta seleção, deverá necessariamente apresentar para formalização do Termo de Colaboração, no prazo de até 07 (sete) dias, a partir da divulgação do resultado da seleção, a seguinte documentação:

- 9.1 – Certidão Negativa de Fundo de Garantia – Caixa;
- 9.2 – Certidão Negativa da Dívida Ativa da União – Receita Federal;
- 9.3 – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- 9.4 – Certidão Negativa da Dívida Ativa Estadual;
- 9.5 – Certidão Negativa da Dívida Ativa Municipal;
- 9.6 – Certidão Negativa do INSS;
- 9.7 – Cópia do Cartão do CNPJ;
- 9.8 – Estatuto ou Regimento do Órgão/Entidade;
- 9.9 – Documento de Nomeação ou Ata da Eleição do Representante legal do órgão/entidade;
- 9.10 – Cópia da Identidade, CPF e comprovante de residência do Representante legal;
- 9.11 – Cópia do Certificado ou comprovante do Registro de Entidade de Fins Filantrópicos, fornecido pelo Conselho Municipal ou Estadual do ramo de atuação do conveniente ou, na ausência destes, pelo Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS.
- 9.12 – Plano de Trabalho (modelo fornecido pela Secretaria de Estado da Saúde);
- 9.13 – Alvará de Funcionamento.

Parágrafo Único: As Instituições que não apresentarem documentação no prazo máximo estabelecido, serão desclassificadas, sendo convocado o classificado subsequente, ficando este com o prazo de 05 dias para apresentar documentação exigida.

10 - REPASSE DE RECURSOS

- 10.1 - Os recursos serão depositados em conta específica para as atividades do PROJETO, **SEM REAJUSTES**.

11 - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

11.1- As Instituições com pendências na Gerência Financeira- SES (PRESTAÇÃO DE CONTAS DE PROJETOS ANTERIORES) ou Junto a Gerência de Condições Crônicas(Relatório de Ações e Atividades desenvolvidas) **Não** poderão participar desta seleção.

12 – DA REVOGAÇÃO

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A



SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

O presente processo de seleção poderá ser revogado ou anulado a qualquer tempo, no todo ou em parte, por decisão unilateral da SES-PB, por motivo de interesse público ou exigência legal, sem implicar direito a indenização de qualquer natureza.

13- CASOS OMISSOS

As questões não previstas por esse edital serão resolvidas pela Comissão constituída nos termos do item 4, observados os princípios gerais, que devem nortear a atuação da administração pública.

João Pessoa, 19 de Setembro de 2024

Arymatheus Reis

Secretário de Estado da Saúde - PB

Secretaria de Estado da Saúde

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

ANEXO I

PROPOSTA DE PROJETO CASA DEAPOIO

NOME DO PROJETO:

1. **DADOS INSTITUCIONAIS**

2.

NOME DA INSTITUIÇÃO:

ENDEREÇO:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

TELEFONE:

FAX:

CORREIO ELETRÔNICO (caso tenha):

HOMEPAGE (caso tenha) : _____

3. **DADOS DO PROJETO**

TIPO DO

PROJETO:

4. PÚBLICO PRIORITÁRIO: _____

NÚMERO PREVISTO DE PESSOAS BENEFICIADAS: []

ÁREAGEOGRÁFICAABRANGIDA: _____

5. **DADOS ORÇAMENTÁRIOS DO PROJETO**

VALOR DO REPASSE: R\$ _____

TOTAL: R\$ _____

6. **ENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS DAINSTITUIÇÃO**

RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO:

NOME COMPLETO:

NÚMERO CI/RG:

CPF:

DESIGNAÇÃO DO CARGO:

ELEIÇÃO/NOMEAÇÃO REALIZADA EM:

MANDATO: INÍCIO:

TÉRMINO:

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

COORDENADOR DO PROJETO:

NOME COMPLETO:

NÚMERO CI/RG:

CPF:

TELEFONE PARA CONTATO:

7. DESCRIÇÃO DO PROJETO

OBJETIVO GERAL DO PROJETO:

O BENEFÍCIO MAIS AMPLO QUE O PROJETO CONSEGUE ALCANÇAR

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

8. SUMÁRIO EXECUTIVO

Descrever, sucintamente, os objetivos, as atividades e os resultados esperado, incluindo o orçamento total.

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 (especificidade demográficas, sociais, econômicas e culturais

Secretaria de Estado da Saúde
 Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
 Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

ANTECEDENTES DO PROJETO

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

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESON202405909A

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

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.

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Secretaria de Estado da Saúde
 Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
 Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Secretaria de Estado da Saúde
 Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
 Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Secretaria de Estado da Saúde
 Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
 Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

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.

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 projetos em IST/HIV/Aids/HV fornecendo datas e fontes de financiamento.

(Utilizar no máximo meia página.).

.....

CAPACIDADE OPERACIONAL

1. Equipe Técnica:

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

2. Estrutura Física / Operacional

.....

Data: ____/____/____

Assinatura do Responsável

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-9022



Assinado com senha por [SES22395] [SENHA] IVONEIDE LUCENA PEREIRA em 20/03/2024 - 08:59hs.
Documento Nº: 4660418.36024126-1975 - consulta à autenticidade em
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=4660418.36024126-1975>



SESOFN202405909A

