## 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$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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:

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.

**ANTECEDENTES DO PROJETO**

Descrever sucintamente as experiências anteriores da instituição proponente com relação

às DST/HIV/Aids.

|  |
| --- |
|  |

**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.

|  |
| --- |
|  |

**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 ESPERADOS | ATIVIDADES | PERÍODO DE  EXECUÇÂO |
|  |  |  |  |

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  INTERVENÇÂO | 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 | | |  |  |