



**Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 006/2012

Disciplina a seleção de projetos de Organizações Não Governamentais que desenvolvem ações de promoção, prevenção e assistência em saúde de indivíduos com problemas decorrentes do abuso/dependência de álcool e outras drogas, através estratégia de redução de danos dirigidos aos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social.

1 - INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde torna pública a realização do Chamamento Público nº 006/2012 para o financiamento de projeto a ser executado por Organização Não Governamental localizada no Município de Florianópolis.

2 - OBJETO DO EDITAL

Contratação de uma ONG que desenvolva ações de promoção, prevenção e assistência em saúde de indivíduos com problemas decorrentes do abuso/dependência de álcool e outras drogas, bem como prevenção das co-infecções mais prevalentes: DST/HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose, através da estratégia de redução de danos dirigidos aos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social.

3 - CARACTERÍSTICAS DOS PROPONENTES

Os projetos deverão ser apresentados por organizações não governamentais com experiência de no mínimo 3 (três) anos, devidamente comprovados, com atuação na área da saúde de indivíduos com problemas decorrentes do abuso/dependência de álcool e outras drogas, bem como prevenção das co-infecções mais prevalentes: DST/HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose, através da estratégia de redução de danos dirigidos aos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social.

4 - CRITÉRIOS QUE DEVEM SER CONSIDERADOS NA PROPOSTA

O processo de seleção somente irá analisar projetos direcionados para todos os segmentos da população em situação de vulnerabilidade do município de Florianópolis citados no item 4.1.1,



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

priorizando as estratégias de promoção da saúde e prevenção, combate ao estigma e ao preconceito, fortalecimento das políticas públicas de saúde.

4.1.1 - Segmentos da população em situação de vulnerabilidade:

- 4.1.1.1 - Profissionais do sexo feminino e masculino;
- 4.1.1.2 - Homens que fazem sexo com homens;
- 4.1.1.3 - Travestis, transgêneros e transexuais;
- 4.1.1.4 - Usuários de drogas lícitas e ilícitas; UDI;
- 4.1.1.5 - População em situação de rua;
- 4.1.1.6 - Pessoas vivendo e convivendo com DST/HIV/AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose.

4.1.2 - Será selecionado apenas 1 (um) projeto a ser executado;

4.1.3 - Projetos direcionados à realização de eventos, realização de obras e aquisição de equipamentos e veículos não deverão ser encaminhados.

5 - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Para análise dos projetos serão considerados os critérios de habilitação da entidade e de julgamento e classificação dos projetos.

5.1 - Habilitação das entidades

5.1.1 - A fase de habilitação é eliminatória e consistirá na conferência dos documentos, abaixo relacionados, isentos de vícios de qualquer natureza, onde as organizações deverão comprovar situação regular de funcionamento e ausência de pendências de qualquer espécie para com o Município de Florianópolis, de acordo com parágrafo único do art. 3º do Decreto nº 8.869, de 24 de março de 2011:

5.1.1.1 - Cópia da Lei Municipal que reconhece a entidade como de Utilidade Pública Federal, Estadual ou Municipal;

5.1.1.2 - Cópia do Cartão CNPJ atualizado, com no mínimo 3 (três) anos de constituição formal.;

5.1.1.3 - Cópia do Estatuto e de sua publicação em Diário Oficial da União, Estado ou Município;

5.1.1.4 - Cópia das alterações Estatutárias, quando houver;



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

5.1.1.5 - Cópia da Ata de Posse da última Diretoria, devidamente registrada no cartório competente;

5.1.1.6 - Certidão do registro e arquivamento dos atos constitutivos no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

5.1.1.7 - Prova de funcionamento regular da instituição, mediante atestado expedido pelos órgãos Estadual ou Municipal de desenvolvimento social, de saúde, educação, cultural ou de autoridades legalmente constituídas;

5.1.1.8 - Declaração de inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), para entidades sem fins lucrativos que prestam serviços sociais nas áreas da educação, saúde, cultura e assistência social, conforme art. 9º da Lei Federal nº 8.742/93 (LOAS);

5.1.1.9 - Preenchimento do formulário Dados Cadastrais (Anexo 01);

5.1.1.10 - Prova vigente de regularidade para a Fazenda Federal, Estadual e Municipal;

a) Para provar a regularidade para com a Fazenda Federal é necessária a apresentação da Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais e da Certidão quanto à Dívida Ativa da União; (www.receita.fazenda.gov.br);

5.1.1.11 - Prova vigente de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS) e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) (www.dataprev.gov.br e www.caixa.gov.br);

5.1.1.12 - Declaração que não emprega menor, conforme disposto no Art. 7º, inciso XXXIII da Constituição Federal de 1988 (Anexo 03);

5.1.1.13 - Cópia da cédula de identidade e do CPF do responsável legal pela assinatura do Contrato. Será aceito como identidade qualquer documento reconhecido por Lei como documento de identidade, desde que válido em todo o território nacional e que contenha fotografia, nome completo, filiação, data e local de nascimento do titular.

5.1.2 - Formulário do projeto conforme Anexo 07.

5.2 - Julgamento e classificação dos projetos:

5.2.1 - A análise e classificação dos projetos integrantes do presente edital estarão sob a responsabilidade de uma Comissão de Avaliação e Seleção, constituída pela Secretaria Municipal de Saúde através de Portaria.

5.2.2 - Os membros da comissão não poderão ter vínculo com nenhuma organização não governamental.

5.2.3 - A Comissão terá como base os critérios definidos neste Edital, emitindo um parecer técnico para cada projeto e um relatório final de todos os projetos.



**Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

6 - CRITÉRIOS DE ANÁLISE E SELEÇÃO:

Os critérios para análise e seleção dos projetos serão os seguintes:

6.1 - Compatibilidade dos objetivos do projeto com os objetivos gerais da Secretaria Municipal da Saúde que são:

- 6.1.1 - Reduzir a incidência das DST/HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose ;
- 6.1.2 - Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico e assistência aos portadores do HIV/Aids e outras DST;
- 6.1.3 - Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico e assistência aos usuários de álcool e outras drogas;
- 6.1.4 - Integrar efetivamente as ações propostas com o Sistema Único de Saúde, especificamente com a Secretaria Municipal de Saúde;

6.2 - Os projetos devem garantir as seguintes ações:

6.2.1 - Ações de prevenção das DST/HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose através de atividades educativas de prevenção e promoção da saúde, incluindo distribuição de insumos e materiais educativos;

6.2.2 - Ações de Redução de Danos com objetivo de prevenir os danos associados ao consumo de álcool e outras drogas, incluindo a prevenção contra hepatite dos tipos B e C, bem como outras infecções transmitidas por via sanguínea;

6.2.3 - O trabalho de campo em áreas de interesse social mapeadas pela Diretoria de Vigilância em Saúde e Gerência de Vigilância Epidemiológica consiste:

a) na distribuição de insumos (preservativos, kits para usuários de drogas injetáveis, dentre outros);

b) sensibilização da população acessada com relação à prevenção das DST/HIV/Aids Hepatites Virais (HV) e disponibilização de material informativo;

c) recolhimento das seringas já utilizadas pelos usuários;

d) busca ativa de pacientes de tuberculose que abandonaram tratamento, bem como Tratamento Diretamente Observado – TDO de pacientes com tuberculose no município;

6.2.4 - Encaminhamento de usuários de álcool e outras drogas aos Centros de Saúde e ao CAPSad, no intuito de ampliar o acesso desta população aos serviços de Saúde do município;

6.2.5 - Construção de estratégias de inclusão do público alvo em equipamentos sociais, culturais, de lazer, esporte e/ou geração de renda;

6.2.6 - Realização de oficinas terapêuticas em campo, nos Centros de Saúde e CAPS ad, bem como atividades relacionadas ao PSE – Programa Saúde do Escolar;



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

6.2.7 - Preenchimento de planilhas, diários e relatórios de campo visando a coleta de dados e a elaboração de quadros informativos sobre a sua atuação.

6.3 - Idoneidade da organização conforme item 5.1.1;

6.4 - A organização deverá comprovar experiência mínima de 03 (três) anos no trabalho e abordagem em campo, em ações educativas individuais e em grupo dentro da estratégia de redução de danos;

6.5 - A organização deverá comprovar experiência prévia em ações conjuntas com a área da saúde do Município de Florianópolis, através do número de projetos aprovados junto ao Governo Federal nos últimos 2 (dois) anos;

6.6 - A organização não poderá estar em situação de inadimplência e/ou pendências de prestação de contas junto ao Governo Federal, Estadual e Municipal;

6.7 - A organização deverá dispor de capacidade administrativa e financeira para executar o projeto apresentado e coerência da previsão orçamentária com os objetivos, atividades e resultados propostos;

6.8 - Dispor de capacidade técnica e gerencial para a execução integral do projeto nas áreas de interesse social definidas previamente pela Gerência de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde;

6.9 – Somente a Organização da Sociedade Civil proponente poderá ser responsável pela execução do projeto.

7.0 – Em caso de empate, a Comissão de Seleção e Avaliação levará em conta as instituições com maior tempo de atuação na área a que se destina o projeto.

7 - DOS VALORES E LIMITES PARA A EXECUÇÃO DO PROJETO

7.1 - Deverá ser observado o limite máximo de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) mensais. Os projetos que ultrapassarem este limite serão excluídos automaticamente do processo seletivo.

7.2 - É vedado utilizar recursos em finalidade diversa da estabelecida no projeto.

7.3 - São vedados pagamentos, a qualquer título, a pessoal que tenha vínculo com a Administração Direta e Indireta Federal, Estadual ou Municipal, com exceção dos casos previstos na legislação.



**Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

7.4 - Não é financiável o pagamento de gratificação, consultoria, coordenação do projeto ou qualquer espécie de remuneração adicional ao servidor que pertença aos quadros de órgãos ou entidade da administração pública, federal, estadual ou municipal (direta ou indireta);

7.5 - Não é financiável a realização de obras, a aquisição de veículo, equipamentos e materiais permanentes, o pagamento de despesas com combustível e despesas com pessoal.

8 - ENVIO DOS PROJETOS:

8.1 – Os projetos deverão ser enviados por meio postal, com data limite do carimbo de postagem até o dia 30 de julho de 2012 para o seguinte destinatário.

À Prefeitura Municipal de Florianópolis

Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Av. Henrique da Silva Fontes, 6.100, Trindade, Florianópolis – SC)

CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 006/2012

Seleção de ONG que desenvolva ações de promoção, prevenção e assistência em saúde de indivíduos com problemas decorrentes do abuso/dependência de álcool e outras drogas, bem como prevenção das co-infecções mais prevalentes: DST/HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose, através da estratégia de redução de danos dirigidos aos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade Social.

8.2 - Não serão aceitos projetos encaminhados por correio eletrônico, fax ou entregues diretamente na Gerência de Vigilância Epidemiológica, projetos com itens e/ou componentes incompletos e projetos elaborados em formulário diferente daquele divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde para este Chamamento;

8.3 – Os projetos deverão ser apresentados em 02 (dois) envelopes conforme abaixo:



**Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

ENVELOPE 1	Deverá conter a documentação de habilitação constante no item 5.1.1.
ENVELOPE 2	Deverá conter o formulário do projeto constante no item 5.1.2.

8.4 - A apresentação do projeto por parte da entidade implica na plena aceitação de todos os termos contidos no presente documento e seus anexos.

8.5 - Forma de apresentação dos envelopes:

ENVELOPE 01 - Documentos de Habilitação

(Nome e endereço postal completo da Proponente)

CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 006/2012

Seleção de ONG que desenvolva ações de promoção, prevenção e assistência em saúde de indivíduos com problemas decorrentes do abuso/dependência de álcool e outras drogas, bem como prevenção das co-infecções mais prevalentes: DST/HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose, através da estratégia de redução de danos dirigidos aos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade Social.

ENVELOPE 02 – Formulário do Projeto

(Nome e endereço postal completo da Proponente)

CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 0062012

Seleção de ONG que desenvolva ações de promoção, prevenção e assistência em saúde de indivíduos com problemas decorrentes do abuso/dependência de álcool e outras drogas, bem como prevenção das co-infecções mais prevalentes: DST/HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose, através da estratégia de redução de danos dirigidos aos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade Social.



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

8.6 – Os projetos que não forem encaminhados conforme estabelecido neste edital serão desconsideradas e não submetidos ao Comitê de Avaliação e Seleção.

09 - PRAZO DE REALIZAÇÃO E ORÇAMENTO

9.1 - O projeto selecionado terá tempo de execução fixado em 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura e publicação no Diário Oficial do Município;

9.2 - A organização que tiver seu projeto aprovado terá prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, impreterivelmente, a contar da divulgação oficial dos resultados para apresentar os documentos conforme parágrafo único do art. 3º do Decreto nº 8869, de 24 de março de 2011, além dos já elencados no item 5.1.1, necessários à celebração de convênio na Gerência de Contratos e Convênios/SMS, sito à Av. Henrique da Silva Fontes nº 6.100, Florianópolis/SC, CEP: 88.036-700, quais sejam:

9.2.1 - Comprovação de abertura ou de existência de conta corrente com a finalidade específica para movimentação dos recursos públicos em nome da instituição;

9.2.2 - Declaração assinada pelo atual Presidente da entidade, responsabilizando-se quanto ao recebimento, aplicação e prestação de contas dos recursos, com nome completo, anexando Cópia do CPF e Carteira de Identidade (Anexo 02);

9.2.3 - Declaração expressa do responsável pela utilização dos recursos, sob as penas do art. 299 do Código Penal, de que não se encontra em mora e nem em débito junto a qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta, a nível Federal, Estadual (Anexo 04);

9.2.4 - Apresentação de Plano de Trabalho e de Aplicação dos Recursos (Anexo 05);

9.2.5 - Declaração de atendimento ao inciso V, do art. 9º da Lei Municipal nº [5.454/98](#) (Anexo 06);

9.2.7 - Cópia do Curriculum Vitae do Coordenador do Projeto.

9.3 - A organização que não apresentar os documentos na forma instituída pelo Decreto Municipal nº 8869, de 24 de março de 2011, dentro do prazo improrrogável do item 11.2, terá o projeto excluído.

9.4 - Os recursos serão liberados mensalmente após a publicação do convênio no Diário Oficial do Município.

9.5 - A organização deverá apresentar projeto (ações) e cronograma de execução compatível com sua capacidade de execução e de acordo com os prazos legais.



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

10 - MONITORAMENTO E SUPERVISÃO

10.1 - O projeto aprovado para celebração de convênio será monitorado tecnicamente e financeiramente pelas áreas competentes da Secretaria Municipal de Saúde. O não cumprimento por parte da organização do estabelecido no convênio inviabilizará o apoio concedido, acarretando na rescisão do convênio e a possibilidade de restituição dos recursos vinculados ao projeto aprovado.

10.2 - Os relatórios técnicos exigidos deverão ser apresentados trimestralmente, conforme modelo disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, e encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde.

10.3 - Após a aprovação do projeto pela Comissão de Avaliação e Seleção, se houver recomendações para readequação orçamentária, estas deverão ser acatadas na íntegra ou o projeto será automaticamente excluído do processo de seleção.

11 - DOS INSUMOS

11.1 - O repasse de preservativos masculino, no quantitativo necessário às atividades previstas, deverá ser indicado no projeto encaminhado, porém o respectivo quantitativo não deverá ser incluído no orçamento solicitado. O repasse do quantitativo, se procedente, será efetuado de acordo com a disponibilidade de estoque e o fluxo de dispensação da Secretaria Municipal de Saúde.

11.2 - O repasse de preservativos feminino segue a logística estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde, considerando as especificidades do projeto aprovado. Este repasse, se procedente, obedecerá aos critérios de distribuição aplicada ao mesmo fluxo dos preservativos masculino.

11.3 - A Secretaria Municipal de Saúde poderá fornecer outros materiais/insumos necessários ao desenvolvimento das ações tais como material educativo, agulhas, seringas, garrotes, entre outros.

12 - DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 - Todos os materiais educativos e de divulgação do projeto (impressos, folders, cartazes, cartilhas, faixas, vídeos, camisetas, dentre outros), produzidos com recursos repassados pelo Fundo Municipal de Saúde através de convênio, deverão, obrigatoriamente, ser avaliadas e autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de Vigilância Epidemiológica;



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

12.2 - Os recursos liberados deverão ser utilizados exclusivamente para atingir os objetivos propostos e aprovados no processo de seleção havendo sempre a possibilidade de remanejar as atividades e os materiais/insumos, desde que previamente solicitado e autorizado pelo gestor da Secretaria Municipal de Saúde;

12.3 - Estará impedida de firmar convênio com a Secretaria Municipal de Saúde e automaticamente desclassificado, mesmo que o projeto tenha sido aprovado, a organização que:

- a) não apresentar a documentação necessária no prazo estabelecido por este Edital;
- b) estiver em situação de débito, mora, inadimplência ou irregularidade para com o Município e Estado, ou com as demais entidades da Administração Indireta Municipal e Estadual;
- c) não apresentou prestação de contas no prazo previsto dos recursos anteriormente recebidos do Município, seja de qualquer convênio;
- d) não obteve aprovação da prestação de contas pelo órgão concedente do recurso.

13 - DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1 - A qualquer tempo, o presente edital poderá ser revogado ou anulado, no todo ou em parte, seja por decisão unilateral da Secretaria Municipal de Saúde, seja por motivo de interesse público ou exigência legal, sem que isso implique direito a indenizações ou reclamações de quaisquer naturezas;

13.2 - A conta bancária informada pela organização que tiver a proposta selecionada deverá ser exclusiva para administração dos recursos do Projeto;

13.3 - A prestação de contas deverá obedecer às regras estabelecidas no Decreto Municipal nº 8.869, de 24 de março de 2011.

14- CASOS OMISSOS

Os casos não previstos no presente Edital serão avaliados e definidos pela Comissão da Secretaria Municipal de Saúde.

Florianópolis,

Clecio Antonio espezim
Secretário Municipal de Saúde



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO 01

(Dados Cadastrais)

1. DADOS DA INSTITUIÇÃO
Nome da Instituição:
CNPJ:
Endereço:
Bairro:
Cidade:
Telefone:
Fax:
Endereço Eletrônico: (E-mail):
Nome do Presidente:
CPF:
C.I./Órgão Expedidor:
1.1 - HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO
Data da Fundação:
Sede: Própria () Alugada () Disponibilizada ()
Objetivo Estatutário da Instituição:
Data da Eleição da Atual Diretoria:
Tempo de Mandato:
1.2 - INFRA-ESTRUTURA DA INSTITUIÇÃO
Possui carro: Sim () Não () Quantidade:
Próprio () Alugado () Cedido ()
Possui Bens Imóveis : Sim () Não ()
Descrição:
Adquiridos com:
Rec. Próprios () Re. Convênios () Doação ()



**Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

ANEXO 02

(Declaração de Recebimento dos Recursos e Aplicação)

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da
..... com sede na
....., no Município de Florianópolis –
SC, inscrita no CNPJ sob o nº, declaro para os devidos fins que
recebi a importância de R\$..... a título de
.....(Subvenção Social, Contribuição e Auxílio) e me comprometo a prestar contas dos
recursos que me foram concedidos pelo município, em conformidade com os preceitos estabelecidos
pelo Decreto nº XXX de XXX de 2011.

Para maior clareza firmo o presente.

Florianópolis....., de..... de 2011.

Assinatura do Responsável

Representante (nome legível): _____

RG nº

CPF nº

Atenção anexar cópia do RG e CPF.



**Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

ANEXO 04

DECLARAÇÃO

Declaro, que a Entidade..... não se encontra em mora ou com débito perante a qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta, Federal, Estadual ou Municipal, sob pena de aplicação do artigo 299 do Código Penal.

Florianópolis, de de 2011.

(Representante Legal da Entidade)

(Contador quando houver)



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO 05

PLANO DE TRABALHO E APLICAÇÃO DE RECURSOS				FOLHA 1/2	
1 – DADOS CADASTRAIS					
ÓRGÃO/ENTIDADE PROPONENTE			CNPJ		
ENDEREÇO (Rua, Av., Serv., etc)				NÚMERO	
BAIRRO			CEP		
CIDADE		UF		E.A.	
TELEFONE ()	FAX ()	ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-mail)			
CONTA CORRENTE	AGÊNCIA	BANCO (Nome / N°)		PRAÇA DE PAGAMENTO	
NOME DO RESPONSÁVEL			CPF		
C.I./ÓRGÃO EXPEDIDOR	CARGO	FUNÇÃO		MATRÍCULA	
LEI QUE DECLARA UTILIDADE PÚBLICA N°	Municipal		DATA DE HOMOLOGAÇÃO		
2 – DESCRIÇÃO DO PROJETO					
TÍTULO DO PROJETO			PERÍODO DE EXECUÇÃO		
			INÍCIO	TÉRMINO	
IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:					
3 – JUSTIFICATIVA:					



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO 05

PLANO DE TRABALHO E APLICAÇÃO DE RECURSOS					FOLHA 2/2	
4 – PROGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)						
ETAPA	ESPECIFICAÇÃO				DURAÇÃO	
					INÍCIO	TÉRMINO
TOTAL GERAL R\$						
5 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO CONCEDENTE						
META	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
META	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
6 – DECLARAÇÃO						
<p>Na qualidade de representante legal do proponente, para fins de prova junto a Prefeitura Municipal de Florianópolis, para os efeitos e sob pena da Lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Municipal ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Municipal, que impeça a transferência de recursos oriundos de doações consignadas no orçamento do Município na forma deste Plano de Trabalho.</p> <p style="text-align: center;">Pede Deferimento.</p> <p style="text-align: center;">LOCAL E DATA PROPONENTE</p>						
7 – APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE						
APROVADO						
LOCAL E DATA CONCEDENTE						



**Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

ANEXO 06

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e efeitos legais, que a instituição _____ atende ao disposto no inciso V, do art. 9º, da Lei Municipal nº 5454/98.

Por ser a expressão da verdade, firmamos o presente.

Florianópolis, de de 2011.

Presidente
(carimbo da entidade)



**Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

ANEXO 07

FORMULÁRIO DE PROPOSTA DE PROJETO

TÍTULO DO PROJETO

1. DADOS DA INSTITUIÇÃO MANTENEDORA (instituição que será responsável pelo recebimento dos recursos e assinatura do instrumento jurídico)

Nome da instituição:			
CNPJ:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone(s):	Fax:	Página na internet (home page):	
Endereço eletrônico (e-mail):			

2. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (Descrever o histórico da instituição, incluindo seu objetivo, quadro de recursos humanos:contratados/ voluntários, sede : própria /locada ou disponibilizada, bens/equipamentos adquiridos com recursos de outros projetos financiados pelo MS, SES e/ou SMS .

--



**Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

2.1. Descrever ações em DST/HIV/Aids já desenvolvidos pela instituição (caso tenha projetos, citar o nome, população alvo, fonte financiadora, período de execução)

3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO MANTENEDORA

3.1. Responsável pela assinatura do instrumento jurídico

Nome completo:

Cargo:

Mandato:

Início:

Término:

CPF:

Identidade:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefones (incluindo celular e fax):

Endereço eletrônico (e-mail):



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

3.2. Coordenador do projeto

Nome completo:

CPF:

Identidade:

Telefones (incluindo celular e fax):

Endereço eletrônico (e-mail):

É coordenador de outro projeto firmado com a SMS, SES ou () Sim () Não
PN? Citar.

Nível de escolaridade:

() Doutorado

() Ensino médio completo

() Mestrado

() Ensino médio incompleto

() Curso superior completo

() Ensino fundamental completo

() Curso superior incompleto

() Ensino fundamental incompleto

4. DADOS ORÇAMENTÁRIOS DO PROJETO – RESUMO

Repassé solicitado para a SMS:

R\$

5. DADOS DO PROJETO (Se for necessário, aumentar os campos para preenchimentos das informações solicitadas)

5.1. Tipo de projeto

() Atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS

() Informação / Educação / Comunicação

() Intervenção comportamental

() Desenvolvimento institucional (sustentabilidade)

() Assessoria jurídica



**Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

5.2. População-alvo (Citar qual será a população beneficiada e, resumidamente, qual é a situação epidemiológica das DST/Aids dessa população)

5.4. Vinculação do projeto às diretrizes da Gerência de Vigilância Epidemiológica

- () Reduzir a incidência da infecção pelo HIV/Aids e por outras DST.
- () Ampliar o acesso e melhorar a qualidade de diagnóstico, tratamento e assistência em DST/HIV/Aids.
- () Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e Aids.

5.5. Estimativa de cobertura populacional

Pessoas beneficiadas diretamente:

Pessoas beneficiadas indiretamente:

5.6. Solicitação de insumos

a) Quantidade de preservativos:

Masculinos (49 ml):

Masculinos (52 ml):

Femininos:

b) Quantidade de insumos de redução de danos:

Kits de redução de danos:



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

5.7. Integração com o Sistema Único de Saúde – SUS (definir qual será o envolvimento do SUS no plano de execução do projeto).

6. DESCRIÇÃO DO PROJETO (Se for necessário, aumentar os campos para preenchimentos das informações solicitadas)



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

6.1 Justificativa do projeto (contextualizar a situação-problema que levou a instituição a desenvolver o projeto. Apresentar a análise do diagnóstico situacional da epidemia e da população-alvo, bem como a situação sócio-econômica daquela área geográfica de abrangência e o impacto previsto)

6.2. Objetivo geral (descrever o que se deseja alcançar ao final da execução das ações do projeto).



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

6.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS (indicar, cronologicamente, quais são os objetivos específicos e cada resultado esperado. Se for necessário, adicionar folhas suplementares)

N.º do objetivo	Objetivo específico	Resultado esperado

6.4. Metodologia (Descrever detalhadamente as técnicas que serão adotadas no desenvolvimento do plano de execução do projeto).

--



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

8. ORÇAMENTO (para cada atividade prevista no projeto, orçar o custo das despesas previstas para o seu desenvolvimento. Se for necessário, adicionar folhas suplementares)

N.º da Ativ.	Insumos (quantificar todos os itens)	Valor Unitário	Qtde.	Repasse da SMS
Total				

Data:

Nome do Coordenador:

Assinatura do Coordenador: