**ANEXO B - PROPOSTA DE PROJETO**

**Edital Nº 02/2024**

|  |
| --- |
| **TÍTULO DO PROJETO** |
|  |

|  |
| --- |
| **Linhas temáticas (selecionar pelo menos uma e até duas das linhas temáticas):** |
| ( ) **1.** Ampliação das ações de mobilização social, educação comunitária e por pares na resposta ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST.  ( ) **2.** Fortalecimento do ativismo e do controle social para o enfrentamento ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST.  ( ) **3.** Mobilização para ações de advocacy voltadas para o enfrentamento ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST, incluindo ações junto aos/as parlamentares e outros setores estratégicos para o cuidado às populações mencionadas no item 3.2. |
| **Ações (Selecionar pelo menos uma e até três das respectivas ações dentro da linha temática escolhida)** |
| **1. Ampliação das ações de mobilização social, educação comunitária e por pares na resposta ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST:**  ( ) **Ação:** Realizar ações de base comunitárias que incentivem a busca pela testagem rápida de HIV, hepatites B e C para a ampliação do diagnóstico;  ( ) **Ação:** Divulgação de informações e de ações de educação entre pares sobre tecnologias de prevenção disponíveis no SUS para o HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST, utilizando linguagem simples e abordagens culturalmente adequadas;  ( ) **Ação:** Realizar ações de base comunitárias que incentivem a busca pela vacina da hepatite B e outras estratégias de prevenção;  ( ) **Ação:** Realizar ações entre pares para promoção do acesso, adesão ao tratamento e vinculação aos serviços de saúde, incluindo abordagens culturalmente adequadas e voltadas às especificidades das populações prioritárias;  ( ) **Ação:** Ampliar o conhecimento e informação sobre o autoteste para HIV;  ( ) **Ação:** Realizar ações de promoção e prevenção ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST para o enfrentamento das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas;  () **Ação:** Desenvolver processos de mobilização social e de base comunitária sobre estigma e discriminação com ênfase em direitos humanos.  **2. Fortalecimento do ativismo e do controle social para o enfrentamento ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST:**  ( ) **Ação:** Desenvolver processos de capacitação com a sociedade civil sobre as tecnologias de prevenção e estratégias da prevenção combinada do HIV;  () **Ação:** Desenvolver processos de capacitação sobre ativismo e controle social voltados para ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST;  ( ) **Ação:** Realizar ações voltadas para o fortalecimento do protagonismo, participação social, autonomia e qualidade de vida das populações mencionadas no item 3.2;  ( ) **Ação:** Desenvolver e acompanhar estratégias específicas em prol da garantia dos direitos, financiamento da saúde e valorização do SUS, fomentando a discussão nas instâncias de controle social pela sociedade civil;  () **Ação:** Desenvolver ações voltadas para integração e fortalecimento de redes comunitárias que desenvolvem atividades relacionadas ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST;  ( ) **Ação:** Desenvolver ações de fortalecimento da capacidade de intervenção para prevenção e apoio às populações mencionadas no item 3.2, bem como ações de inclusão e controle social;  ( ) **Ação:** Realizar ações de integração de agendas relacionadas ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST dos diferentes movimentos sociais;  ( ) **Ação:** Desenvolver ações de divulgação de informações e de ações de educação entre pares, mobilização social e advocacy sobre promoção de atitudes inclusivas, uso de linguagem não estigmatizante, identificação e denúncia de atitudes discriminatórias.  **3. Mobilização para ações de advocacy voltadas para o enfrentamento ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST, incluindo ações junto aos/as parlamentares e outros setores estratégicos para o cuidado às populações mencionadas no item 3.2:**  ( ) **Ação:** Estratégias de fortalecimento da capacidade de advocacy da sociedade civil junto a outras instâncias (legislativo e judiciário) e outras áreas de governo;  ( ) **Ação:** Desenvolvimento de ações de mobilização social para o acompanhamento das demandas da sociedade civil com desdobramentos no legislativo;  ( ) **Ação:** Desenvolvimento de Ações de mobilização social para participação da sociedade civil em iniciativas com o legislativo local e federal, como por exemplo em audiências públicas, seminários, instalação de frentes parlamentares, dentre outros, para visibilizar as demandas dos movimentos sociais em HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST;  ( ) **Ação:** Desenvolver estratégias para ampliação das ações de advocacy relacionadas ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST nos âmbitos local e federal, com ênfase na promoção do direito e da articulação intersetorial. |
| **Público (Selecionar pelo menos um público-alvo)** |
| **( )** Imigrantes e pessoas refugiadas;  **( )** Povos indígenas;  **( )** Juventudes;  **( )** LGBTQIAPN+;  **( )** Mulheres;  **( )** Pessoas com idade igual ou superior a 20 anos que não apresentarem documento que comprove a realização do esquema completo da vacina para hepatite B;  **( )** Pessoas com histórico de IST;  **( )** Pessoas de qualquer idade, que tiveram contato íntimo ou familiar com pessoa que tenha histórico de hepatite B;  **( )** Pessoas em situação de rua;  **( )** Pessoas oriundas da Região Amazônica (Investigar hepatite B e D);  **( )** Pessoas que compartilham ou compartilharam objetos perfurocortantes (lâminas, material de manicure, seringas, agulhas, entre outros);  **( )** Pessoas que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados antes de 1993;  **( )** Pessoas que tiveram contato íntimo ou familiar com pessoa que tenha histórico de hepatite C, inclusive nascidos de mães com hepatite C;  **( )** Pessoas que usam álcool e/ou outras drogas;  **( )** Pessoas submetidas a procedimentos invasivos (cirurgias, realização de tatuagens, colocação de piercing, procedimentos, etc) sem procedimentos de biossegurança adequados;  **( )** Pessoas transplantadas em qualquer época;  **( )** Pessoas vivendo com HIV e aids;  **( )** Pessoas vivendo com HTLV;  **( )** Pessoas vivendo com tuberculose;  **( )** População quilombola;  **( )** População negra;  **( )** População privada de liberdade;  **( )** População ribeirinha;  **( )** Trabalhadoras(es) do sexo. |
| **Antecedentes**  **Descrever:**   * A experiência prévia da Instituição Proponente em ações de mobilização social e/ou de base comunitária, com ênfase na atuação relacionada à linha temática selecionada, se houver. * A relação da proposta com a resposta nacional ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST. |
|  |
| **Justificativa**  **Descrever:**   * O contexto e as características do território onde o projeto será realizado e/ou do público-alvo, incluindo os problemas ou necessidades relacionadas à linha temática selecionada que precisam ser enfrentados ou atendidos. |
|  |
| **Objetivos** |
| Objetivo geral  Objetivos específicos |
| **Atividades e Metodologia**  **Descrever:**   * O que será feito (descrição das estratégias, ações e atividades); * Como será feito (metodologia ou abordagem que será aplicada); * Quem fará/estará envolvido (responsáveis e parceiros); * Quem participará / será beneficiário (população-alvo) das ações/atividades; * No caso de novas práticas ou abordagem inovadoras, incluir informações sobre o ineditismo e/ou a inovação na descrição das atividades e metodologia. |
|  |
| **Resultados Esperados**  **Descrever:**   * Quais são os resultados esperados do projeto; * Como será realizado o monitoramento do alcance desses resultados ao longo do desenvolvimento do projeto; * Qual o potencial de benefícios diretos ao enfrentamento ao HIV/aids, tuberculose, hepatites virais, HTLV e outras IST às pessoas e/ou como o projeto irá contribuir para o fortalecimento da resposta nacional às infecções e doenças de responsabilidade do Dathi/SVSA/MS. |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plano de execução e cronograma** – indicar o período/mês de realização das atividades (Descrever todas as atividades previstas para a realização da proposta e o período em que elas devem ocorrer. O prazo para finalização das atividades não deve ser superior a 12 meses.) | | | | | | | | | | | | | |
| **N.º Atividade** | **Descrição das atividades** | **01** | **02** | **03** | **04** | **05** | **06** | **07** | **08** | **09** | **10** | **11** | **12** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Orçamento detalhado -** Relacionar o orçamento de acordo com os limites estabelecidos no Edital. Orçar o custo das despesas previstas para o seu desenvolvimento. Se for necessário, adicionar mais linhas na planilha |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Viagens** | | | |
| **Descrição** | **Quantidade** | **Valor Unitário** | **Total** |
|  |  |  | - |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | - |
| **TOTAL** | | | **-** |
|  |  |  |  |
| **Pessoal** | | | |
| **Descrição** | **Quantidade** | **Valor Unitário** | **Total** |
|  |  |  |  |
|  |  |  | - |
|  |  |  | - |
| **TOTAL** | | | **-** |
|  | | | |
| **Serviços, materiais e provedores** | | | |
| **Descrição** | **Quantidade** | **Valor Unitário** | **Total** |
|  |  |  | - |
|  |  |  |  |
|  |  |  | - |
| **TOTAL** | | | **-** |
|  |  |  |  |
| **Equipamentos** | | | |
| **Descrição** | **Quantidade** | **Valor Unitário** | **Total** |
|  |  |  |  |
|  |  |  | - |
|  |  |  | - |
| **TOTAL** | | | **-** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **TOTAL** | | | - |

**ANEXO C - CARTA DE CIÊNCIA**

**SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL PARA DESENVOLVER PROJETOS DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL E DE BASE COMUNITÁRIA VISANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE E DOS DIREITOS HUMANOS EM HIV/AIDS, TUBERCULOSE, HEPATITES VIRAIS, HTLV E OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST).**

Declaro, para os devidos fins, que essa [**Nome da Gestão de Saúde Estadual/Distrital//Municipal**] tem ciência e apoia, se dispondo a estabelecer parceria e fornecer o apoio necessário à realização das atividades propostas no projeto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a ser executado pela Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CNPJ Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, neste (Município/Estado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro, ainda, que a instituição tem experiência de trabalho com as populações-chaves e prioritárias previstas no Edital Nº 02/2024, e encontra-se em situação regular, não existindo, junto à [Nome da Gestão de saúde Estadual/Distrital//Municipal], nenhuma pendência de ordem técnica e/ou financeira.

Local e Data,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Assinatura e Carimbo]

[Nome da Gestão de Saúde Estadual/Distrital/Municipal]

[Nome Completo]

[Cargo/Ocupação]

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Pode-se acrescentar a assinatura digital com certificado padrão ICP-Brasil.**  **Caso esse documento seja digitalizado, a assinatura deve ser feita no próprio documento e o arquivo deve ser salvo e enviado em *.pdf*.** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO D – DADOS DOS RESPONSÁVEIS PELO PROJETO**  **EDITAL Nº 02/2024**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **1. DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE** | | | | | Nome (conforme inscrição do CNPJ): | | | | | CNPJ: | | | | | Endereço: | | | | | Bairro: | Cidade: | Estado: | CEP: | | Telefone(s): | | Website/Redes Sociais: | | | Endereço eletrônico (e-mail): | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **2. IDENTIFICAÇÃO DO(DA) RESPONSÁVEL LEGAL** | | | | | **2.1. Responsável pela assinatura da Carta Acordo:** | | | | | Nome completo: | | | | | Nome social: | | | | | Cargo: | | Mandato (dia/mês/ano)  Início: Término: | | | CPF: | | Identidade: | | | Endereço residencial: | | | | | Bairro: | Cidade: | Estado: | CEP: | | Telefones (incluindo celular): | | Endereço eletrônico (e-mail): | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **3. IDENTIFICAÇÃO DO(DA) COORDENADOR(A)** | | | | | | **3.1. Responsável pela condução da execução técnica e orçamentária:** | | | | | | Nome completo: | | | | | | Nome social: | | | | | | CPF: | | Identidade: | | | | Endereço residencial: | | | | | | Bairro: | Cidade: | | Estado: | CEP: | | Telefones (incluindo celular): | | | Endereço eletrônico (e-mail): | | |