**ANEXO I**

**PLANO DE TRABALHO**

1. **INTRODUÇÃO**
	1. **Breve Histórico da Instituição (até 300 palavras)**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Característica Geral da Instituição** (descrever a missão, a integração da instituição com o SUS, assim como, as parcerias com outras instituições) - **(até 500 palavras)**

|  |
| --- |
|  |

1. **INFORMAÇÕES CADASTRAIS**
	1. **Entidade**

|  |
| --- |
| Razão Social |
| CNPJ |
| Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ) |
| Endereço |
| Cidade | UF |
| CEP | DDD/Telefone |
| e-mail |
| Banco001 – Banco do Brasil | Agência | Conta Corrente (\*) | Praça de Pagamento |

 ***(\*) Conta corrente exclusiva para o recebimento do recurso.***

* 1. **Responsáveis**

|  |
| --- |
| Responsável pela Instituição: |
| CPF: | RG: | Órgão Expedidor: |
| Cargo: | Função: |
| Endereço: |
| Cidade: | UF: |
| CEP: | DDD/Telefone ( ) |
| e-mail: |

|  |
| --- |
| Coordenador do Projeto: |
| CPF: | RG: | Órgão Expedidor: |
| Cargo: | Função: |
| Endereço: |
| Cidade: | UF: |
| CEP: | DDD/Telefone ( ) |
| e-mail: |

1. **Qualificação do Plano de Trabalho**

|  |  |
| --- | --- |
| **Objeto** | **Descrição** |
| **Custeio** |  |

***Nota explicativa: Descrição:*** *Descrever o tipo de objeto que será utilizado o recurso – Ex: Prestação de Serviços e/ou Material de Consumo.*

1. **Título de Projeto**

|  |
| --- |
|  |

1. **Identificação do Objeto**

|  |
| --- |
|  |

***Nota explicativa:*** *Descrever o tipo de despesa que será utilizada o recurso.* ***Ex:***

*Prestação de Serviços Pessoa Física*: Contração de Profissionais (RPA); Hora aula; Hora monitoria; e Ajuda de custo.

*Prestação de Serviços Pessoa Jurídica*: Contratação de Profissionais (NF); Serviços de Contabilidade; etc.

*Material de Consumo*: Aquisição de Material de Escritório; Gêneros Alimentícios; etc.

**\*** Neste campo ***não deve constar*** memória de cálculo (quantidade x valor).

1. **Objetivo** (o que se pretende alcançar)

|  |
| --- |
|  |

1. **Justificativa (**Por que realizar o projeto (dados epidemiológicos, demográficos e indicadores sociais), motivos que o justificam e a sua contribuição para a resposta local/regional e do Estado às IST/HIV/Aids) - **(até 500 palavras)**

|  |
| --- |
|  |

**d1) Esse projeto já foi financiado pelo CRT-DST/Aids – CE IST/AIDS-SP?**

**NÃO ( )**

**SIM ( ) Se sim, o que este projeto se diferencia do anterior? (Quais justificativas para um novo financiamento do projeto) - (até 300 palavras)**

|  |
| --- |
|  |

1. **Metas quantitativas**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Descrição da meta** | **Ações para o alcance**  | **Situação atual**  | **Situação pretendida**  | **Indicador de resultado** | **Fórmula de cálculo do indicador** | **Fonte do indicador**  | **Meios de verificação das ações realizadas**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nota explicativa**: *As* ***metas*** *devem ser específicas (determinada, não pode ser generalizada), mensurável (pode ser calculada), atingível (pode ser realizada), relevante (importante para o projeto) e temporal (ser realizada em determinado período do projeto) – sempre iniciando a sua frase com o verbo no infinitivo (terminam em ar, ir, er) – Ex: Criar, ampliar, reduzir, proporcionar, etc.;* ***Ações:*** *estratégias a serem realizadas para atingir a meta;* ***Situação atual:*** *como se encontra a situação ao qual está se pretendendo atual com a meta proposta;* ***Situação pretendida****: o que se pretende alcançar com a meta;* ***Indicadores de resultado:*** *são os meios pelos quais você indicará que a meta foi atingida ou não;* ***Fórmula do cálculo do indicador****: como se dará o cálculo do indicador – Ex: percentual de oficinas realizadas: o cálculo será o nº de oficinas realizadas/nº de oficinas programadas na meta X 100;* ***Fonte do indicador****: qual é o local que vai fornecer a informação expressa no indicador – Ex: Banco de dados, nome da instituição que forneceu a informação, etc. e;* ***Meio de verificação****: são as provas da realização das ações propostas para atingir a meta.*

1. **Metas qualitativas**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Descrição da meta** | **Ações para o alcance**  | **Situação atual**  | **Situação pretendida**  | **Indicador de resultado** | **Fórmula de cálculo do indicador** | **Fonte do indicador**  | **Meios de verificação das ações realizadas**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nota explicativa**: *As* ***metas*** *devem ser específicas (determinada, não pode ser generalizada), mensurável (pode ser calculada), atingível (pode ser realizada), relevante (importante para o projeto) e temporal (ser realizada em determinado período do projeto) – sempre iniciando a sua frase com o verbo no infinitivo (terminam em ar, ir, er) – Ex: Criar, ampliar, reduzir, proporcionar, etc.;* ***Ações:*** *estratégias a serem realizadas para atingir a meta;* ***Situação atual:*** *como se encontra a situação ao qual está se pretendendo atual com a meta proposta;* ***Situação pretendida****: o que se pretende alcançar com a meta;* ***Indicadores de resultado:*** *são os meios pelos quais você indicará que a meta foi atingida ou não;* ***Fórmula do cálculo do indicador****: como se dará o cálculo do indicador – Ex: percentual de oficinas realizadas: o cálculo será o nº de oficinas realizadas/nº de oficinas programadas na meta X 100;* ***Fonte do indicador****: qual é o local que vai fornecer a informação expressa no indicador – Ex: Banco de dados, nome da instituição que forneceu a informação, etc. e;* ***Meio de verificação****: são as provas da realização das ações propostas para atingir a meta.*

1. **Etapas ou Fases de Execução** *(Descrever em que etapas serão utilizadas os recursos financeiros)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ordem** | **Etapa** | **Duração** | **Descrição** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |

***Nota explicativa: Etapas:*** *são as ações para a execução do projeto e estão relacionadas às metas estabelecidas – Ex. realização de oficinas, apoio ao transporte, etc.;* ***Duração****: tempo para realização das ações, e;* ***Descrição:*** *tipo de insumo necessário para a realização das Etapas (ações) – Ex. RH, serviços de terceiros para hospedagem, alimentação, etc.).*

1. **Plano de Aplicação de Recursos Financeiros** (especifica os custos de cada insumo necessário para a realização do projeto de acordo com suas metas):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ordem** | **Natureza** | **Tipo de Objeto** | **Aplicação** | **Concedente** |
| **1** | **Custeio** | **Prestação de Serviços** |  |  |
| **2** | **Custeio** | **Material de Consumo** |  |  |
| **TOTAL** |  |

***Nota explicativa:*** *Preencher apenas os campos* ***Aplicação e Concedente,*** *conforme abaixo:*

***Aplicação:*** *Descrever o tipo de despesa que será utilizada o recurso, e a memória de cálculo para aquisição de cada insumo ou serviço necessário para a realização das atividades.* ***Ex:***

**Ordem 1: *Prestação de Serviços******Pessoa Física:*** Contração de Profissionais (RPA) - 01 Técnico (R$) x (n.º meses) = valor total

 Hora aula; Hora monitoria; e Ajuda de custo (quantidade x valor) = valor total

 ***Prestação de Serviços*** ***Pessoa Jurídica:*** Serviço de Contabilidade (NF) - 01 Contador (R$) x (n.º meses) = valor total

**Ordem 2: *Material de Consumo***: Aquisição de Material de Escritório - 01 Régua x (valor unitário) = valor total

***Concedente:*** *Descrever a somatória total da despesa para cada tipo de insumo ou serviço. –* ***Ex.*** *RH – total do valor destinado ao pagamento de recursos humanos.*

1. **CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parcela** | **Valor Concedente** | **%** | **Total Desembolso** | **%** |
| **1ª** |  | 60 |  | 60 |
| **2ª** |  | 40 |  | 40 |
| **TOTAL** |  | 100 |  | 100 |

1. **PLANEJAMENTO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO** (*Descrever as atividades de monitoramento e avaliação do projeto (ex.: reuniões mensais entre Coordenação e Diretoria, reuniões periódicas com os Programas Municipais de IST/Aids, Secretaria de Saúde e demais parceiros; avaliações com usuários do projeto; avaliações semestrais, anuais, etc. Descrever também, quais os meios de verificação serão utilizados para comprovação das atividades de M&A).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Atividades** | **Cronograma** | **Meios de verificação** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO** (preencher um quadro para cada ano de execução do projeto):

**ANO 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº da Meta**  | **ATIVIDADES** | **Mês 01** | **Mês 02** | **Mês 03** | **Mês 04** | **Mês 05** | **Mês 06** | **Mês 07** | **Mês 08** | **Mês 09** | **Mês 10** | **Mês 11** | **Mês 12** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ANO 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº da Meta**  | **ATIVIDADES** | **Mês 01** | **Mês 02** | **Mês 03** | **Mês 04** | **Mês 05** | **Mês 06** | **Mês 07** | **Mês 08** | **Mês 09** | **Mês 10** | **Mês 11** | **Mês 12** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **PREVISÃO DE EXECUÇÃO DO OBJETO**

**- Inicio: a partir da assinatura do ajuste.**

**- Duração: na vigência do Ajuste.**

1. **RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO PLANO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CPF** | **Nome** | **Função** | **Cargo** | **e-mail** |
|  |  |  |  |  |

1. **DECLARAÇÃO**

Na qualidade de representante legal do proponente, ***DECLARO***, para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Saúde, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexiste qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou Entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste Plano de Trabalho.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Data da Assinatura: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_.** |
|  |  |  |
| **(nome)****Responsável pela elaboração do Plano de Trabalho** |  | **(nome)****Presidente** |

1. **APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Data da Assinatura: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_.** |
|  |  |  |
|  |  | **(n o m e)****(c a r g o)** |

1. **APROVAÇÃO – SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Data da Assinatura: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_.** |
|  |  |  |
|  |  | **(n o m e)****Secretário de Estado da Saúde de São Paulo** |