**ANEXO I**

**PLANO DE TRABALHO**

1. **INTRODUÇÃO:**
   1. Breve Histórico da Instituição;
   2. Característica Geral da Instituição: (descrever a missão, a integração da instituição com o SUS, assim como, as parcerias com outras instituições).
2. **INFORMAÇÕES CADASTRAIS** 
   1. **ENTIDADE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Razão Social* | | | | |
| *CNPJ* | | | | |
| *Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)* | | | | |
| *Endereço* | | | | |
| *Cidade* | | | | *UF* |
| *CEP* | | *DDD/Telefone* | | |
| *E-mail* | | | | |
| *Banco* | *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* | *Telefone* | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Coordenador do Projeto* | | | |
| *CPF* | *RG* | | *Órgão Expedidor* |
| *Cargo* | *Função* | | |
| *Endereço* | | | |
| *Cidade* | | *UF* | |
| *CEP* | *Telefone* | | |
| *e-mail:* | | | |

1. **QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**

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

***Nota explicativa: custeio: recurso destinado a despesas com materiais de consumo, pessoal e serviços de terceiros.***

1. **Título de Projeto:**
2. **Identificação do Objeto:**
3. **Objetivo:**

Exemplo:

| **Questões** | **Respostas** |
| --- | --- |
| **O que se pretende alcançar?** |  |
| **Como?** |  |

1. **Justificativa:**

***Explicar a necessidade de execução do projeto sob os aspectos da instituição***

| **Questões** | **Respostas** |
| --- | --- |
| Por que realizar o projeto / ação? |  |
| Motivos que justificam? |  |
| Contribuição a ser realizada? |  |
| Solução para o problema? |  |

**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?**

| **Questões** | **Respostas** |
| --- | --- |
| Quais justificativas para um novo financiamento do projeto. |  |

1. **Metas a Serem Atingidas:**

***Descrever o resultado esperado com este Plano de Trabalho***

| **Característica das metas** | **Descrição** |
| --- | --- |
| Específica  ***(Determinada, não pode ser generalizada)*** |  |
| Mensurável  ***(Pode ser calculada)*** |  |
| Atingível  ***(Pode ser realizada)*** |  |
| Relevante  ***(Importante para o processo)*** |  |
| Temporal  ***(Em determinado prazo)*** |  |

1. **Metas quantitativas:**

|  |  |
| --- | --- |
| Meta (nº e descrição) |  |
| Ações para o alcance da meta |  |
| Situação atual |  |
| Situação pretendida |  |
| Indicador de resultado |  |

1. **Metas qualitativas:**

|  |  |
| --- | --- |
| Meta (nº e descrição) |  |
| Ações para o alcance da meta |  |
| Situação atual |  |
| Situação pretendida |  |
| Indicador de resultado |  |

1. **Etapas ou Fases de Execução:**

***Descrever em que etapas serão utilizadas os recursos financeiros***

| **ORDEM** | **ETAPA** | **DURAÇÃO** | **DESCRIÇÃO** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| **TOTAL** | | |  |

***Nota explicativa - Descrição: com que despesa será gasto o recurso; duração: descrever a duração da ação no mês a mês; aplicação: valor da despesa.***

**i) Plano de Aplicação de Recursos Financeiros:**

Exemplo 1:

| **ORDEM** | **NATUREZA** | **Tipo de Objeto** | **Aplicação** | **Concedente** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Custeio |  |  |  |
| 2 | Custeio |  |  |  |
| 3 | Custeio |  |  |  |
| 4 | Custeio |  |  |  |
| **TOTAL** | | | |  |

***Nota explicativa: custeio: recurso destinado a despesas com materiais de consumo, pessoal e serviços de terceiros.***

1. **CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO:**

***Preencher a tabela desmembrando por natureza de despesa (custeio) de todos os custos/insumos mensais para realização do projeto até o final da sua vigência***

| **Parcela** | **Valor** | **%** | **Proponente** | **%** | **Condedente** | **%** | **Total desembolso** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

***Nota explicativa: custeio: recurso destinado a despesas com materiais de consumo, pessoal e serviços de terceiros.***

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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| | **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. |
|  |

1. **PREVISÃO DE EXECUÇÃO DO OBJETO:**

- Início: a partir da assinatura do ajuste.

- Término: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

1. **RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Data da Assinatura \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/202\_\_.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Responsável pela elaboração do Plano de Trabalho |  | Presidente | |  1. **APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA**  |  |  | | --- | --- | | Data da Assinatura \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/202\_\_.   |  | | --- | |  | |  1. **APROVAÇÃO – SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**  |  | | --- | | Data da Assinatura \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2020\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Secretário de Estado da Saúde | |  | |

**GLOSSÁRIO:** **Orientações para preenchimento do Plano de Trabalho**

1. Breve Histórico da Instituição: (como nasceu à instituição, ano de criação, principais atividades (trabalhos desenvolvidos), prêmios recebidos, principais produções de material educativo/informativo e ações políticas ou técnicas que a instituição participou (ex. criação de comissões, grupos de trabalho, leis, resoluções e demais estratégias locais, regionais, estadual e nacional para as IST/AIDS e Direitos Humanos (máximo de 30 linhas – fonte tamanho 12).
2. Característica Geral da Instituição: (descrever: a missão; organograma da instituição; número de colaboradores (voluntários e contratados); a media anual de atendimentos e ações internas e externas voltadas para prevenção às IST/AIDS, assistência as PVHA e Direitos Humanos; espaços técnicos e políticos ao qual a instituição está inserida, etc.; as articulações com a rede pública de saúde, assistência e desenvolvimento social, justiça/cidadania, entre outras áreas de governo e da sociedade civil estratégicos para execução do projeto (OSC, sindicatos, universidades, escolas, presídios, Fundação Casa e demais, etc) e as competências da instituição para pleitear o financiamento público para o seus projeto (por que a instituição tem capacidade para realizar o trabalho proposto (máximo de 30 linhas – fonte tamanho 12).
3. Informações cadastrais: Informações básicas sobre a instituição, seus responsáveis e da coordenação do projeto e dados sobre a conta corrente exclusiva para o recebimento do recurso.
4. Qualificação do plano de trabalho – Objeto: natureza do tipo de despesa permitida para execução do projeto, neste caso, somente custeio. Descrição: descrição dos insumos necessários para execução do projeto.
5. Objetivo Geral\* - Deve responder as seguintes perguntas: O que a sua organização deseja realizar com o projeto?; qual problema em especial se quer solucionar?; que mudanças se quer alcançar?; e, que diferença o projeto quer fazer? Deve ser escrito em tempo infinitivo (verbos: ampliar, capacitar, viabilizar, promover, apoiar, reduzir, etc.) e redigido com claridade. O objetivo precisa ser alcançável, não pode ser genérico, de forma que o projeto não consiga resolver (ex: terminar com a AIDS no mundo). Por outro lado deve ser ousado, capaz de sinalizar mudanças mais profundas que poderão ser alcançadas pelo projeto a médio e longo prazo.

5.1. - Objetivos Específicos:são os caminhos (passos) para se alcançar o objetivo geral, isto é, eles são capazes de mostrar as estratégias que serão utilizadas pelo projeto. Também devem ser redigidos utilizando verbos no infinitivo e devem expressar uma só ação por objetivo. São resultados e benefícios quantificáveis.  
\* (<http://ekloos.blogspot.com.br/2010/01/dicas-para-definir-o-objetivo-geral-e.html>)

5.2 - Justificativa:Explicar a necessidade da realização do projeto (considerando a epidemiologia das IST/AIDS (boletim epidemiológico (dados DST/AIDS do Estado de SP); quais populações serão alvo do projeto; a vulnerabilidade das populações-chaves que serão trabalhadas pelo projeto; breve descrição do que é vulnerabilidade e como isso se relaciona as IST/AIDS; as ações que serão realizadas pelo projeto para atuar frente estas vulnerabilidades; definição do(s) problema(s) identificado(s) pela instituição que merecem ser objetivo de intervenção da instituição; quais os resultados esperados do projeto; quais benefícios do projeto para o enfrentamento da epidemia no município, região e estado (máximo de 30 linhas – fonte tamanho 12).

5.3 – Metas\*\*: estabelecem, quantitativamente, os efeitos esperados em um tempo determinado e devem ser:

***ESPECÍFICA -*** identifica eventos ou ações concretas que ocorrerão, isto é, a meta deve especificar claramente o que deve ser alcançado e o quanto;

***MENSURÁVEL -*** quantifica os recursos, as atividades ou a mudança, isto é, a meta deve ser mensurável ou numérica ou apresentar percentual;

***APROPRIADA*** - relaciona logicamente o problema identificando-o com os efeitos e/ou resultados e impactos desejáveis, isto é, a meta deve se relacionar com o que o projeto se propõe a realizar;

***REALISTA*** - dimensiona realisticamente a adequação entre os recursos disponíveis e o plano de implementação, isto é, a meta deve ser alcançável dada à disponibilidade de recursos e experiência e deve ser ajustada a realidade;

***TEMPORALIDADE*** - especifica um prazo no qual a meta será alcançada, isto é, a meta deve especificar quando ela será alcançada.

5.4 - Descrição:são as atividades que são realizadas para o alcance das metas estabelecidas.

5.5 - Indicadores**:** são os parâmetros ou sinais utilizados para acompanhar o andamento de um projeto ou programa. Podem indicar mudanças de quantidade ou de qualidade rumo às metas estabelecidas. Os indicadores podem ser:

***Indicadores de produto:*** indica os efeitos imediatos das atividades. Responde questões do tipo: Qual o número de treinamentos realizados?

***Indicadores de resultado:*** indica as informações relacionadas aos efeitos esperados do projeto na população-chave. Responde questões do tipo: O resultado esperado ocorreu?

***Indicadores de Impacto:*** nas ações promovidas para o controle das IST e aids, usualmente, é indicado para acompanhar as tendências epidemiológicas de uma doença. Responde questões do tipo: que efeito todas as intervenções do projeto reduziram os casos de IST/HIV na população LGBTT?

5.6 - Insumos*:* são os recursos previamente disponíveis para a execução das atividades do projeto. Incluem recursos humanos, financeiros ou materiais. Exemplo: técnicos e materiais educativos para realização de treinamentos, oficinas, etc**.**

*\*\*Apostila do Curso de Atualização em Planejamento em DST/Aids, MS/FIOCRUZ, 2004 - Manual da Oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do Programa, Brasília/MS, 2007 - Metodologia de Planejamento Estratégico para o HIV/Aids e outras DST no Brasil – Brasília MS 2001).*

5.7 – Etapas: são as fases da execução do projeto e estão relacionadas às metas estabelecidas. Descrição: descrição dos insumos necessários para realização das atividades. Duração: tempo para realização das ações. Aplicação: descrição do recurso financeiro necessário para aquisição do insumo.

5.8 - Plano de Aplicação de Recursos Financeiros: especifica os custos de cada insumo necessário para a realização do projeto de acordo com suas metas. Ordem:repete o número da meta. Objeto: descrever a natureza do insumo (custeio) e os insumos necessários para realização das atividades. Valor: o recurso financeiro necessário para aquisição do insumo.

%: descrever em porcentagem, quanto o custo do insumo representa no valor total do projeto.

5.9 – Cronograma de desembolso: apresentação do desmembrando por natureza de despesa ( custeio) de todos os custos/insumos mensais necessários para realização do projeto até o final da sua vigência). Mês: descrição do cronograma das atividades para realização das metas.

Objeto: todos os insumos são de natureza de custeio. Proponente: instituição solicitante. Concedente: instituição financiadora.