



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**EDITAL DE SELEÇÃO 2009**

**PROJETOS COMUNITÁRIOS, DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS E DE OUTRAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL QUE ATUAM NA PREVENÇÃO DAS DST/HIV/AIDS E ASSISTÊNCIA A SEUS PORTADORES**

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, por meio do Núcleo de Prevenção e Controle de Doenças – CE DST/Aids da Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde, torna pública a realização de seleção pública na forma da Portaria GM 2313/02 de 19/12/2002 do Ministério da Saúde para financiamento de projetos comunitários de intervenção a serem executados por Organizações Não-Governamentais e outras Organizações da Sociedade Civil, sem fins lucrativos, localizadas no Estado do Ceará, na área de prevenção à ocorrência de DST/HIV/Aids e assistência a seus portadores.

Compõem o presente instrumento os seguintes anexos:

**I – PROJETO BÁSICO**

**II – MODELO DO PROJETO**

**III - TERMO DE REFERÊNCIA**

**IV – MINI CURRÍCULO**

**V – MODELO DO PLANO DE TRABALHO**

**1) PARTICIPAÇÃO:**

Poderão participar desta seleção Organizações da Sociedade Civil sem fins lucrativos que tenham seus objetivos sociais compatíveis com a política de incentivo para estados e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST localizadas no Estado do Ceará e de acordo com as especificações contidas neste edital.

1. Considera-se Organização da Sociedade Civil Sem Fins Lucrativos a pessoa jurídica de direito privado que não distribui entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas de seus patrimônios auferidos mediante o exercício de suas atividades e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social.
2. **Não será admitida a participação de Instituições que não sejam consideradas Organizações da Sociedade Civil.**

**1.2)** Não são consideradas Organizações da Sociedade Civil, segundo a legislação vigente:

- Os sindicatos, as associações de classe ou de representação de categoria profissional;
- As instituições religiosas ou voltadas para a disseminação de credos, cultos, práticas e visões devocionais e confessionais;
- As organizações partidárias e assemelhadas, inclusive suas fundações;
- As entidades de benefício mútuo, destinadas a proporcionar bens ou serviços a um círculo restrito de associados ou sócios;
- As entidades e empresas que comercializam planos de saúde e assemelhados;
- As instituições hospitalares privadas não gratuitas e suas mantenedoras;
- As organizações sociais;
- As cooperativas;
- Centros de Estudos de Universidades e Hospitais;
- As fundações públicas;
- As fundações privadas, sociedades civis ou associações de direito privado criadas por órgão público ou por fundações públicas.

**1.3)** Estão ainda impedidas de participar da presente seleção as instituições que embora enquadrem-se no disposto no sub item 1.1 do presente edital encontram-se com pendências no cumprimento das exigências da SESA em relação a prestação de contas ou a relatórios narrativo e de progresso vinculados a projetos anteriormente apoiados pelo nível estadual, bem como, organizações em cuja direção integra servidor ou dirigente de órgão ou entidade ou responsável pela seleção.

## **2)NATUREZA DOS PROJETOS:**

Os projetos a serem elaborados em função da presente concorrência e, posteriormente, financiados deverão contemplar uma das três áreas de atuação:

- 1) Promoção e prevenção em DST/AIDS,**
- 2) Promoção de direitos humanos à pessoas vivendo com HIV/AIDS,**
- 3) Atenção e apoio às pessoas vivendo com HIV/AIDS**

Observação 1 : O processo de análise e seleção irá apreciar projetos, quando existir ação direta, somente aqueles que atinjam número não inferior a 200 pessoas dos seguintes segmentos da população:

- 1) Profissionais do sexo;
- 2) Lésbicas, gays, bissexuais, homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais;
- Adolescentes femininas(10 a 19 anos) em situação de vulnerabilidade acrescida e seus parceiros;

- 3) Mulheres, na perspectiva de gênero;
- 4) Pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids;
- 5) Pessoas que usam drogas, na perspectiva da redução de danos;
- 6) População em situação de pobreza e/ou exclusão social;
- 7) Outras populações: (Afro-descendentes, pessoas com deficiência, portuários e idosos)

#### **4 - Projetos que contemplem as ações abaixo relacionadas:**

- Alternativas de sustentabilidade institucional (este item é específico para as OSC/ONG AIDs);
- Geração de renda e/ou (re) inserção no mercado de trabalho para pessoas vivendo com HIV/AIDS;
- Desenvolvimento de ações que visem a prevenção e a adesão ao tratamento da co-infecção TB/HIV com população em situação de rua;
- Ações para redução de sífilis em gestante e sífilis congênita.

Projetos visando a continuidade de ações anteriormente financiadas pela CN-DST/Aids e projetos direcionados à realização de eventos, pesquisas ou campanhas pontuais não serão analisados para fins de seleção e habilitação.

### **3) PROCESSO DE SELEÇÃO:**

O processo de seleção estará sob a responsabilidade de uma comissão especialmente constituída, doravante denominada **COMITÊ DE SELEÇÃO**, composta de 03 (três) membros, 02 (dois) indicados pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará através do Núcleo de Prevenção e Controle de Doenças e 01 (um) indicado pelo Fórum de ONG/Aids e todos nomeados pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. O referido processo de seleção será acompanhado ainda por um membro do Conselho Estadual de Saúde contribuindo assim para lisura e transparência.

### **4) CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO:**

#### **4.1) DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA :**

Para habilitar-se na presente seleção a instituição proponente deverá **postar envelope lacrado** contendo os seguintes documentos:

- Cópia do Cartão do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ atualizado;
- Cópia da Ata de Fundação da Entidade, devidamente registrada em cartório;
- Declaração de adimplência da ONG com o Programa Nacional de DST/Aids, Coordenação Estadual de DST/Aids e Coordenação Municipal de DST/Aids, comprovada através de declaração da própria organização, com firma reconhecida;
- Cópia do Estatuto Social da Instituição e últimas alterações registradas em cartório;
- Cópia da Ata de eleição e posse da atual diretoria da Instituição, registrada em cartório;

- Cópia da Carteira de Identidade e do CPF do responsável legal, conforme competência definida em estatuto para assinatura do instrumento jurídico a ser celebrado;
- Último balancete patrimonial da Instituição.

**A instituição que deixar de anexar qualquer um dos documentos acima solicitados, SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDO DO PROCESSO DE SELEÇÃO.**

A instituição deverá enviar a documentação tendo no frontispício os seguintes dizeres:

**AO**  
**NÚCLEO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS - NUPREV**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ**  
**END.: AV. ALMIRANTE BARROSO, 600 – BLOCO D, PRAIA DE IRACEMA**  
**FORTALEZA – CE**  
**CEP: 60.060-440**  
**ENVELOPE “A” – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**  
**REMETENTE: NOME DA INSTITUIÇÃO**

**O envelope “A” (documentos de habilitação) será aberto em data e hora marcada conforme determinado no item 7.2 na presença dos representantes das Instituições participantes da seleção.**

4.2)A Instituição deverá enviar 2 cópias do projeto para o Comitê de Seleção até o dia **30 de outubro do corrente ano** em envelope lacrado, **via correio (carta registrada)** tendo no frontispício os seguintes dizeres:

**AO**  
**NÚCLEO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ**  
**END.: AV. ALMIRANTE BARROSO, 600 – BLOCO D, PRAIA DE IRACEMA**  
**FORTALEZA – CE**  
**CEP: 60.060-440**  
**ENVELOPE “B” – PROPOSTA TÉCNICA**  
**REMETENTE: NOME DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

Este envelope “B” deverá conter os seguintes documentos:

- Projeto digitado em 02 (duas) vias de acordo com o modelo do anexo II, impresso com clareza, sem emendas, rasuras ou estrelinhas;
- Termo de referência em 02 (duas) vias conforme modelo, anexo III, datado e assinado pelo titular ou preposto da Instituição;
- Declaração em 02 (duas) vias da Coordenação Municipal de DST/Aids e, na ausência desta, da Coordenadoria Regional de Saúde em cuja área geográfica de abrangência a instituição tem sua sede atestando: a existência da instituição; a existência de estrutura física para desenvolver o projeto; realizar atividades compatíveis com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e adequação do projeto às necessidades locais no âmbito da prevenção e controle das DST/Aids;
- Mini curriculum dos profissionais da Instituição, conforme modelo e exigências do anexo IV.

## **5) CRITÉRIOS DE SELEÇÃO:**

### **5.1) Compatibilidade dos objetivos do projeto com as diretrizes da CN-DST/Aids, que são:**

- Reduzir a incidência da infecção pelo HIV/Aids e outras DST;
- Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico;
- Tratamento e assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids e outras DST;
- Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST/Aids.

### **5.2) Metodologia:**

- Adequação entre as estratégias e ações a serem utilizadas para o alcance dos resultados esperados considerando aspectos do contexto social e cultural no qual estão inseridos os segmentos populacionais a serem trabalhados.

### **5.3) Integração efetiva das ações propostas com o Sistema Único de Saúde local:**

- Definição da Integração efetiva das ações propostas no projeto com o Sistema Único de Saúde local.

### **5.4) Relevância epidemiológica, geográfica e da população-alvo:**

- Localização geográfica do projeto no âmbito da abrangência exclusiva do Estado do Ceará;
- Potencial do projeto em atingir áreas de maior incidência das DST, HIV e Aids e áreas de concentração populacional de maior risco e/ou vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras DST, conforme o boletim epidemiológico de Março/2009 divulgados no site da SESA [www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br)

### **5.5) Capacidade gerencial e financeira, considerada a experiência prévia da instituição no campo de ação/população proposto:**

- Capacidade gerencial e administrativa;
- Coerência do orçamento com os objetivos, atividades e resultados propostos;
- A instituição deverá estar adimplente com o Programa Nacional de DST/Aids, Coordenação Estadual de DST/Aids e Coordenação Municipal de DST/Aids, comprovada através de declaração da própria organização, com firma reconhecida;
- A instituição deverá demonstrar a experiência na execução de projetos na área de DST/Aids.

### **5.6) A instituição participante deverá ter no mínimo 01 (um) ano de existência até a data da publicação deste Edital, devendo comprovar tal característica por meio de sua Ata de Fundação, registrada em cartório;**

### **5.7) Está limitado a dois o número de projetos a serem apresentados por Instituição, sendo que somente um será financiado, tendo como teto máximo o valor de R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais);**

- Não serão considerados, neste limite, projetos de eventos financiados pela Secretaria da Saúde do Estado;
- Não serão aceitos nesta seleção projetos de pesquisa e de eventos/campanha pontuais.
- Serão aceitos projetos de continuidade, desde que não sejam financiados pelo Programa Nacional de DST/Aids.
- As Instituições com projetos em execução poderão participarem do processo seletivo, porém, só poderão receber a primeira parcela após prestação de contas do convênio anterior.

**5.8 Serão excluídos do processo seletivo, projetos vinculados à Fundações e Centros de Estudos de Universidades e Hospitais, bem como projetos de organizações do setor público.**

**5.9) Os sub itens 5.1,5.2,5.3,5.4 e 5.5 serão submetidos a avaliação do Comitê de Seleção e atribuída Nota Técnica (NT) em conformidade com os critérios de julgamento e pontuação estabelecidos no item 6 deste edital;**

**5.10) Serão selecionados até 11 (onze) projetos com o prazo de execução de 12 (doze) meses e com o teto máximo a seguir:**

**5.10.1) Projeto Municipal** de atuação local envolvendo apenas atividades em um único município. Serão financiados até **4 (quatro)** projetos no teto no máximo de **R\$ 25.000.00** (vinte e cinco mil reais) cada;

**5.10.2) Projeto Inter municipal** com atuação em **2 (dois)** ou mais municípios. Serão financiados até **7 (sete)** projetos no teto máximo de **R\$ 35.000.00** (trinta e cinco mil reais) cada.

## **6) JULGAMENTO DAS PROPOSTAS E ATRIBUIÇÃO DE NOTAS TÉCNICAS:**

Para o julgamento das propostas técnicas (projetos) o Comitê de Seleção avaliará o conteúdo considerando os aspectos estabelecidos neste edital. Após a avaliação será atribuída pontuação a cada proposta conforme critérios de pontuação definidos a seguir:

**6.1) EXPERIÊNCIA ESPECÍFICA DA INSTITUIÇÃO (valor máximo)..... 5.0 pontos**

**A experiência específica da instituição será analisada de acordo com os seguintes critérios:**

**6.1.1) Tempo de Existência da Instituição (pontuação máxima).....1.5 pontos**

- Instituições com até 05 (cinco) anos de fundação.....0.5 ponto
- Instituições com mais de 05 (cinco) de fundação.....1,5 ponto

**6.1.2) Experiência em execução de projetos na área de DST/HIV/AIDS .....1.5 ponto**

**6.1.3)Experiência com a população alvo com a qual se propõe trabalhar.....2.0 ponto**

**6.2. CAPACIDADE OPERACIONAL (valor máximo) .....5.0 ponto**

**6.2.1) Equipe técnica da Instituição (pontuação máxima).....3.0 pontos**

Avaliar-se-á a capacidade técnica da equipe relatada no termo de referência, incluindo a do coordenador(a), através da experiência em trabalhos na área objeto do Termo de Referência, descrita no mini currículo de cada profissional e de suas atribuições. Considera-se equipe técnica de no mínimo 04 (quatro) profissionais a serem analisados com base nos seguintes critérios:

- Experiência da equipe técnica em execução de projetos na área de DST/Aids.....**1.0 ponto**
- Experiência da equipe técnica com a população alvo com a qual se propõe trabalhar.....**2.0.pontos**

**6.2.2) Estrutura Física ( A instituição ter sede própria ou alugada) .....2.0 pontos**

**6.3) QUALIDADE TÉCNICA DA PROPOSTA (valor máximo)..... 20 pontos**

A qualidade técnica da proposta será analisada de acordo com os seguintes critérios:

**6.3.1) Organização da Proposta.....1.5 ponto**

Proposta técnica apresentada em 02 (duas) vias, com clareza, legível, sem rasuras, conforme o modelo do projeto do Anexo II deste edital.

**6.3.2) Objetivo Geral do Projeto .....3.0 pontos**

Manter a compatibilidade do objetivo com a proposta e com as ações estratégicas relacionadas no item II.1 do projeto básico (Anexo I)

**6.3.3) Objetivos Específicos..... 3.5 pontos**

Demonstrar serem congruentes com a proposta de forma que as atividades tenham relação com os objetivos e com a proposta do projeto, assim como se as mesmas possibilitam atingir os objetivos esperados.

**6.3.4) Apresentação ( Sinopse do projeto)..... 2.5 pontos**

Demonstrar objetividade e clareza na descrição sucinta dos objetivos, atividades, resultados esperados e o valor da proposta.

**6.3.5) Diagnóstico ..... 2.0 pontos**

Demonstrar coerência entre a justificativa para a realização do projeto bem como a relevância da proposta em relação à área geográfica, características da população alvo, incluindo a situação epidemiológica local.

**6.3.6) Integração com o SUS..... 2.5 ponto**

Apresentar estratégias de integração efetiva com o SUS local.

**6.3.7) Monitoramento e Avaliação..... 3.0 pontos**

Demonstrar coerência entre metas, indicadores (dados quantitativos que permitem avaliar a execução da atividade proposta), as atividades e os meios de verificação.

**6.3.8) Orçamento..... 3.0 pontos**

Demonstrar que os insumos solicitados estão coerentes com as atividades propostas e detalhadas de acordo com o exigido no Anexo I (Projeto Básico) deste edital.

**6.4) A Nota Técnica (NT) de cada instituição será obtida pela somatória das notas de cada aspecto avaliado, conforme critérios definidos acima. Serão desclassificados as instituições que obtiverem (NT) inferior a 7 (sete) pontos.**

**6.5) CRITÉRIOS DE DESEMPATE:**

**6.5.1)** Potencial do Projeto em atingir áreas de maior incidência das DST, HIV/AIDS e Sífilis Congênita, considerando os dados epidemiológicos do Estado do Ceará disponíveis no site [www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br) ;

**6.5.2)** Instituição proponente ser Organização Não Governamental (ong) ou Organização da Sociedade Civil ( OSC ) cadastrada no Fórum do Movimento de Luta contra a AIDS do Estado do Ceará;

**6.5.3)** Tempo de existência da Instituição contando a partir do seu Ato de Constituição;

**6.6) CLASSIFICAÇÃO:**

**6.6.1)** Será considerado classificado os onze projetos que obtiverem as maiores Notas Finais.

**6.6.2)** Será classificada tecnicamente a instituição cujo resultado final da avaliação de sua proposta alcançar no mínimo 7 (sete) pontos, desde que não incorra no disposto no sub item seguinte.

**6.8)** No Julgamento será atribuída nota 0 (zero) à proposta:

- a) Que não puder ser avaliada devido à insuficiência de informações;
- b) Que tiver sido desclassificada em alguns dos fatores.

**6.9)** Será desclassificada a proposta técnica que:

- a) Obter nota 0 (zero) na avaliação técnica, fundamentada num dos motivos mencionados no sub item 6.8;

- b) Não atender às exigências deste edital;
- c) Obter nota técnica inferior a 7 (sete) pontos.

**6.10)** Se todas as propostas técnicas forem desclassificadas, será publicado um novo edital.

#### **7) CALENDÁRIO:**

**7.1)** A data de postagem dos documentos e dos projetos para este processo seletivo em nível estadual é até a data de **30 de outubro de 2009, via correio (carta registrada)**. Em hipótese alguma, serão aceitos projetos cujo registro de postagem indique data posterior à determinada;

**7.2)** A data de abertura dos envelopes será dia **10 de novembro de 2009** às 9 horas na SESA;

**7.3)** O resultado da habilitação e da seleção dos projetos com as devidas justificativas será disponibilizado na homepage da SESA (<http://www.saude.ce.gov.br>) até **20 de novembro de 2009**. O resultado também será encaminhado para todas as instituições participantes da seleção.

#### **8) APRESENTAÇÃO DO PROJETO:**

Os projetos deverão ser apresentados em formulário específico da Coordenação Estadual de DST/AIDS-CE (Anexo II), em duas vias digitadas (original e uma cópia), acompanhado dos minicurrículos e termo de referência mencionados no presente edital. Os projetos encaminhados sem a documentação solicitada, bem como aqueles que não cumprirem integralmente os pré-requisitos indicados no item 4 e 5.10 **serão excluídos do processo seletivo**.

**8.1)** Não serão aceitos no processo de seleção, projetos entregues pessoalmente, enviados por fax ou correio eletrônico. Serão incluídos no processo seletivo apenas aqueles encaminhados pelo correio.

**8.2)** A instituição concorrente deverá, obrigatoriamente, preencher todos os campos do formulário específico do projeto disponibilizado pela CE-DST/Aids para esta SELEÇÃO, exceto os campos indicados com asterisco, sob pena de exclusão do processo seletivo.

**8.3)** A instituição proponente se responsabiliza pela veracidade das informações prestadas, sob pena de suspensão do financiamento.

**8.4)** As instituições não deverão fazer nenhuma alteração no formato do formulário para projetos de ONG disponibilizado para esta seleção, nem tão pouco utilizar recursos como espiral e encadernação. Da mesma forma, não deverão ser encaminhados junto aos projetos: fotografias, relatórios, gráficos e desenhos.

#### **9) PRAZO DE REALIZAÇÃO E ORÇAMENTO:**

**9.1)** O prazo para execução dos projetos é de **no máximo 12 (doze) meses**, a partir da data de recebimento da primeira parcela do convênio;

**9.2)** Os recursos solicitados à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará terá de ser compatível com as atividades e resultados previstos, não podendo ultrapassar os tetos de **R\$ 25.000,00/ ano (vinte e cinco mil reais)** conforme o item 5.10.1 ou **R\$ 35.000,00/ano (trinta e cinco mil reais)** conforme o item 5.10.2.

**Os projetos que apresentarem orçamento superior a esses tetos deverão ter seu orçamento readequados ao processo seletivo.**

**9.3)** O pagamento do recurso solicitado em conformidade com o plano de trabalho ( anexo V), será efetuado conforme o cronograma de desembolso estabelecido pela instituição. As demais parcelas serão repassadas mediante apresentação de documentos de prestação de contas físico e financeiro da parcela anterior e relatórios



técnicos das ações executadas em conformidade com o objeto deste edital.

**9.4)** A remuneração de Recursos Humanos vinculados ao desempenho de funções durante os doze meses de execução do projeto, não poderá ultrapassar 40% do valor total do repasse solicitado;

9. A despesa com equipamentos não poderá ultrapassar 20% do valor total do repasse solicitado.

#### **10) MONITORAMENTO E SUPERVISÃO:**

Os projetos aprovados para efetivação de convênios serão monitorados técnica e financeiramente pelas áreas competentes do Núcleo de Prevenção e Controle de Doenças – NUPREV - da SESA, bem como pelas Coordenações Municipais de DST/Aids e Coordenadorias Regionais de Saúde, por meio de instrumentos dispostos no convênio. O não cumprimento, por parte da instituição, do estabelecido no convênio inviabilizará o apoio concedido pelo NUPREV/SESA-CE, acarretando a rescisão do convênio.

#### **11) INSUMOS:**

Estão incluídos nos insumos somente os preservativos masculino, feminino e gel, considerando à população recomendada pela Política Nacional. O repasse de preservativos masculino, feminino e gel no quantitativo necessário para atividades previstas mensalmente, deverá estar indicado na proposta encaminhada, porém o respectivo custo não deverá ser incluído no orçamento solicitado. O repasse do quantitativo, se procedente, será efetuado em conformidade com a logística de distribuição de preservativos masculino e feminino da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, com a ressalva de que os quantitativos solicitados podem ser alterados de acordo com a análise técnica do projeto e a disponibilidade existente em estoque.

#### **12) PROJETOS APROVADOS:**

Caso a instituição tenha o projeto aprovado nesta seleção, deverá necessariamente apresentar para formalização do convênio, no prazo de **07 (sete) dias a partir da divulgação do resultado da seleção**, a seguinte documentação :

- Plano de Trabalho;
- Cópia do Extrato da Conta Bancária aberta especificamente para depósito dos recursos do convênio;
- Certidões de regularidade fornecidas pela Secretaria da Receita Federal – SRF, pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional – PGFN, do Ministério da Fazenda e pela Secretaria da Fazenda do Estado;
- Comprovação de inexistência de débitos junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social- INSS - Certidão Negativa de Débito – CND atualizada;
- Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia de Tempo de Serviço – FGTS, fornecido pela Caixa Econômica Federal;
- Comprovação de regularidade junto ao PIS/PASEP;
- Declaração expressa do proponente, sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro, de que não está em situação de mora ou de inadimplência perante qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Estadual.
- Comprovação de adimplência verificada no SIAP.

João Ananias Vasconcelos Neto  
Secretário de Saúde do Estado



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**ANEXO I**

**PROJETO BÁSICO**

**I – OBJETO**

O Objeto da licitação é a seleção de projetos de intervenção nas áreas de DST\HIV\AIDS desenvolvidos por Organizações da Sociedade Civil.

**II – ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS**

**II.1 – NATUREZA**

Os elementos que compõem o objeto desta licitação abrangem elaboração, coordenação e execução de projetos de intervenção em prevenção DST/HIV/Aids e assistência a seus portadores, que permeie as seguintes ações estratégicas:

• **Prevenção das DST e HIV/Aids entre:**

**(1) Profissionais do sexo; (2) lésbicas, gays, homens que fazem sexo com homens, bissexuais, travestis e transexuais ; (3) Adolescentes femininas (10 a 19 anos) em situação de vulnerabilidade acrescida e seus parceiros;(4) Pessoas Vivendo e convivendo com HIV/Aids; (5) pessoas que usam drogas, na perspectiva da redução de danos; (6) População em situação de pobreza e/ou exclusão social; (7) Mulheres na perspectivas de gênero. (9) Outras Populações (), afro-descendentes, pessoas com deficiência e idosos(as)**

**Ou projetos que contemplem exclusivamente as ações abaixo relacionadas:**

- 1) Alternativas de sustentabilidade institucional (este item é específico para as OSC/ONG AIDS);**
- 2) Geração de renda e/ou (re) inserção no mercado de trabalho para pessoas vivendo com HIV/AIDS;**
- 3) Desenvolvimento de ações que visem a prevenção e a adesão ao tratamento da co-infecção TB/HIV com população em situação de rua;**
- 4) Ações para redução de sífilis em gestante e sífilis congênita.**

- **A abrangência da execução dos projetos são instituições localizadas no âmbito do Estado do Ceará.**

**II.2 – FINALIDADE**

Os diversos projetos realizados deverão garantir a realização das seguintes finalidades e procedimentos:

- Mobilização de grupos específicos;
- Educação de pares;

- Distribuição de preservativos;
- Informação/educação/comunicação para promoção de práticas sexuais seguras;
- Redução de danos;
- Atenção ao portador de DST/HIV/Aids;
- Elaboração de relatórios técnicos e financeiros;
- Produção e reprodução de materiais educativos e informativos;

### **II.3 – ESTRUTURA E EXIGÊNCIAS PROGRAMÁTICAS E METODOLÓGICAS**

**Os projetos de intervenção e prevenção DST/Aids direcionados às Organizações da Sociedade Civil, deverá ser selecionado 11 (onze) projetos, podendo ser acrescido de até 10% na quantidade de projetos selecionados, desde que não ultrapasse o volume de recurso destinado para esta finalidade.**

Deverão ser utilizados obrigatoriamente na elaboração dos projetos o modelo constante no anexo II deste edital, e deverá constar os seguintes itens:

1. DADOS INSTITUCIONAIS;
2. COORDENADOR OU RESPONSÁVEL PELO PROJETO;
3. NATUREZA DO PROJETO;
4. DIAGNÓSTICO;
5. APRESENTAÇÃO ( SINOPSE DO PROJETO);
6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO PROJETO;
7. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA;
8. DETALHAMENTO DO PROJETO:
  - 8.1 JUSTIFICATIVA;
  - 8.2 OBJETIVO GERAL;
  - 8.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS;
  - 8.4 METAS;
  - 8.5 AÇÕES;
  - 8.6 PERÍODO DE EXECUÇÃO;
  - 8.7 METODOLOGIA;
  - 8.8 POPULAÇÃO BENEFICIADA;
  - 8.9 ESPECIFICAÇÕES SOBRE OS INSUMOS DE PREVENÇÃO A SEREM UTILIZADOS;
  - 8.10 ORÇAMENTO;
  - 8.11 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.
9. FUTURO DO PROJETO.

Observação: Com relação ao sub-ítem orçamento, não será permitido despesas que ultrapassem os seguintes parâmetros:

- Despesas com pessoal: até 40% do valor total do projeto;
- Despesas com equipamentos: até 20% do valor total do projeto.

### **III – PRAZO DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO E DO PAGAMENTO**

Prazo de execução: o projeto deverá ser executado no prazo máximo de 12 (doze) meses.

Do Investimento: o custo total não poderá ultrapassar não podendo ultrapassar os tetos de **R\$ 25.000,00/ ano** (vinte e cinco mil reais) conforme o item 5.10.1 ou **R\$ 35.000,00/ano** (trinta e cinco mil reais) conforme o item 5.10.2.

Do Pagamento: Será efetuado pagamento em duas parcelas após assinatura do instrumento legal.

### **IV – CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

Os critérios de avaliação serão referenciados:

- ❖ Pela qualidade técnica da proposta, experiência e capacidade operacional da Instituição conforme exigências deste edital e do Termo de Referência;
- ❖ Pelo somatório da NOTA TÉCNICA (NT) adquirida entre os critérios acima descritos.

**Avaliação das propostas técnicas:** As propostas técnicas serão analisadas por um Comitê nomeado pelo Secretário de Saúde do Estado através de portaria, devidamente designados para este fim.



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**ANEXO II**

**ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
COORDENADORIA DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE**

**PROPOSTA DE PROJETO ONG**

**PADRÃO**

Nome da ONG/OSC:

Título do Projeto:

## PROPOSTA DE PROJETO ONG

2009

1. DADOS INSTITUCIONAIS			
Título do Projeto:			
Nome da Instituição:			
CNPJ:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	Cep:
*Telefone(s) (caso tenha):	*Fax (caso tenha) :	*Pagina da Internet (Home Page) (caso tenha):	
*Endereço Eletrônico (e mail) (caso tenha):			

2. COORDENADOR OU RESPONSÁVEL PELO PROJETO	
Coordenador ou Responsável pelo Projeto:	
Nome Completo:	
CPF:	RG:
*Telefone/Fax (caso tenha):	*Celular (caso tenha) :
*Endereço Eletrônico (e mail) (caso tenha) :	
Nível de Escolaridade:	

3. Natureza do Projeto
Promoção e Prevenção em DST/Aids ( )
Promoção de direitos humanos ( )
Atenção e apoio às pessoas vivendo com HIV/Aids ( )

**4. DIAGNÓSTICO** ( 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: problema que o projeto se propõe à solucionar ou minorar e, relevância do projeto em relação ao problema identificado. Deve-se definir: área geográfica em que o projeto está inserido, as características de sua população (especificidades demográficas, sociais, econômicas e culturais), incluindo a situação epidemiológica das DST/Aids e a população alvo que o projeto visa alcançar.

**5. APRESENTAÇÃO (SINOPSE DO PROJETO):** Apresentação sucinta e objetiva das seguintes informações: Esclarecimento sobre a população-alvo que será diretamente beneficiada pelo projeto; Resumo das principais demandas que se espera amenizar ou resolver, bem como as necessidades e expectativas para implantação das ações programadas; breve descrição do projeto com objetivos, metas, atividades e resultados previstos e descrição das ações de integração com o SUS local.

**6. EQUIPE RESPONSÁVEL PELO PROJETO** (Deverão ser apresentadas informações gerais acerca da equipe que atuará no projeto (nº de profissionais por especialidade e carga horária correspondente).

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA

**7. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA** (Identificar a área geográfica de atuação do Projeto justificando o porquê ).

## **8. DETALHAMENTO DO PROJETO:**

**8.1 Justificativa:** (Responder a pergunta: o projeto existe por quê? Nessa etapa deve ser descrito o diagnóstico sobre a situação vivida por determinada população, além das razões que definem a relevância das ações que o projeto se propõe a executar. Para uma melhor elaboração e maior compreensão do problema devem ser abordadas as seguintes informações: a área geográfica a ser trabalhada; as características da população na área em termos demográficos, sociais e econômicos; a situação epidemiológica das DST/Aids e as características da população-alvo, tendo o cuidado de distinguir as populações primárias e secundárias do projeto. É importante definir a situação de risco (se for o caso) e especificar o número previsto de pessoas que serão abrangidas diretamente pelas ações do projeto).



<b>8.2 Objetivo Geral:</b> (Responder a pergunta: O projeto contribui para quê? O objetivo geral deve ser entendido como consequência de um determinado conjunto de atividades, que será alcançado a longo prazo. Determina o alcance do projeto que será executado).
<b>8.3 Objetivos Específicos:</b> (Responder a pergunta: O projeto quer alcançar o quê? É a estruturação do objetivo geral em plano de ação. Sua característica principal é descrever uma ação a ser tomada pela população-alvo. Ele será mensurável e terá tempo definido de realização).

<b>8.4 Metas:</b> (Responder a pergunta: O projeto vai produzir o quê? Meta é aquilo que se quer alcançar durante o período de execução do projeto. É o estabelecimento dos efeitos esperados em um tempo determinado, de forma específica, realista, apropriada e mensurável. Ao definir cada meta, deve-se assegurar que ela atenda cada um dos cinco critérios acima. Caso não atenda, será difícil de atingir e mais difícil ainda de avaliar) O projeto pode ter mais de uma meta.
<b>8.5 Ações:</b> (Responder a pergunta: De que modo? É o conjunto de atividades ou processos de trabalho desenvolvidos visando alcançar a meta). Para cada meta você deve traçar mais de uma ação. Deverá ser incluída a ação de distribuição de preservativos informando a quantidade necessária para execução do projeto.

**8.6 Período de Execução:** Responder a pergunta: Quando? Detalhar a duração, fixando as datas estimadas para início e término para execução de cada ação do projeto.

METAS	INDICADORES	AÇÕES	PERÍODO DE EXECUÇÃO

**8.7 Metodologia:** (Responder a pergunta : Como? Relacionar as formas pretendidas de execução das ações, de forma a contemplar o trabalho da equipe numa perspectiva de atuação interdisciplinar e resolutive destacando brevemente os referenciais teóricos).

**8.8 População Beneficiada:** Responder a pergunta: Para quem? Descrever objetivamente à população que será beneficiada pelo projeto, diferenciando da população indireta. (Quantificar).

**8.9 Especificação sobre os insumos de Prevenção a serem utilizados:** Responder a pergunta: Qual a quantidade de insumos necessários às ações educativas a serem realizadas junto à população alvo, mensalmente?

- |                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| ( )Preservativo masculino 49mm | Unidades _____ |
| ( )Preservativo masculino 52mm | Unidades _____ |
| ( )Preservativo feminino       | Unidades _____ |
| ( )Gel lubrificante íntimo     | Unidades _____ |

**8.10 Orçamento :** Apresentar a estimativa de custos por ação, conforme quadro abaixo.

Nº	AÇÃO	CUSTO TOTAL (R\$)	MEMÓRIA DE CÁLCULO
01	Realizar treinamento para multiplicadores	1.800,00	HS. Aula: 20hs x 30,00 x 2 Instrutores=1.200,00 Alimentação: 20 x 1,00 x 3 dias= 600,00
	TOTAL		

**8.11 Monitoramento e Avaliação:** Responder a pergunta: Como será medido? O monitoramento e a avaliação são etapas fundamentais para analisar o sucesso dos objetivos e a pertinência da aplicação dos recursos humanos e financeiros, além de possibilitar maior visibilidade ao que está sendo realizado e de que forma. **MONITORAMENTO:** É o acompanhamento sistemático de todas as etapas de execução de uma atividade; **AVALIAÇÃO:** É um método de obtenção de informações possibilitando comparar periodicamente a evolução do projeto com relação a seus objetivos; **INDICADORES:** São medidas operacionais para a realização de um objetivo ou atividade. São eles que permitem medir o grau de alcance do resultado obtido. **MEIOS DE VERIFICAÇÃO:** Identificam de que forma é possível atestar a execução da atividade e de que maneira podemos comprovar o efeito dela na população.

META	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE	MEIO DE VERIFICAÇÃO

**9. FUTURO DO PROJETO:** Apresentar perspectivas de continuidade das ações de prevenção, bem como propostas de articulação com as Secretárias Municipais de Saúde para fins de qualificação das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e institucionalização das ações com o estabelecimento de parcerias. Apresentar objetivamente de que forma o projeto será executado após o término do convênio firmado com a SESA e se outras Instituições se interessam em dar continuidade aos trabalhos e que fatores poderão facilitar ou dificultar o engajamento de outras entidades ou órgãos.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

ANEXO III  
TERMO DE REFÊRÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Anos de Existência: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

.....  
**HISTÓRICO:**

Descrever sucintamente o histórico da Instituição, data de fundação, personalidade jurídica de acordo com o estatuto social.

Relacionar Membros da Diretoria vigente com seus respectivos cargos.

.....  
**Principais Áreas de Atuação:**

Relatar a finalidade, linhas de ação e público alvo. Sob este título, fornecer também em linhas gerais, a experiência anterior em execução de projeto em DST/HIV/Aids fornecendo datas e fontes de financiamento. (Utilizar no máximo meia página).

Nos casos de experiência anterior com projetos municipais, anexar declaração das Secretarias Municipais de Saúde ou Células Regionais de Saúde.

.....  
**CAPACIDADE OPERACIONAL**

**9. Equipe Técnica:**

Relatar como está constituída a equipe técnica da Instituição e em que área atuam, relacionando os profissionais.

**10. Estrutura Física**

Comprovada através da apresentação do balancete patrimonial (Item 4.1) e documento de comprovação de residência no nome da instituição proponente.

.....  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Responsável





**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**ANEXO V**

**PLANO DE TRABALHO**

**1 – DADOS CADASTRAIS**

Órgão / Entidade Proponente			C.G.C.	
Endereço				
Cidade	UF	CEP	DDD / Telefone	
Conta Corrente	Banco	Agência	Praça de Pagamento	
Nome de Responsável			CPF	
CI / Órgão Expedidor	Cargo		Função	Matrícula
Endereço		CEP:	Fone:	

**2 – OUTRO PARTÍCIPES**

Nome	CGC/CPF	E.A
-	-	-
Endereço	CEP	
-	-	

**3 – DESCRIÇÃO DO PROJETO**

Título do Projeto	Período de Execução	
	Início	Término
<b>Identificação do objeto:</b>		

**Justificativa da preposição**

#### 4. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Meta	Etapa /Fase	Especificação	Indicador Físico		Duração	
			Unidade	Quantidade	Início	Término

#### 5. PLANO DE APLICAÇÃO (R\$ 1.000,00)

Natureza da Despesa				
Código	Especificação	Total	Concedente	Proponente
TOTAL GERAL				

#### 6. PLANO DE ATENDIMENTO

Tipo de Atendimento		Estimativa de Custo	
Descrição	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
TOTAL GERAL			

#### 7. CAPACIDADE INSTALADA (Recursos Humanos Materiais-Humanos)

(Especificar instalações, equipamentos, mão de obra especializada a ser utilizada na execução dos serviços)

## 8. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1.000,00)

### Concedente

Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun

Meta	Jul	Agosto	Set	Out	Nov	Dez

### Proponente (Contra-Partida)

Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun

Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez

## 9- DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro para fins de prova junto a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Nacional ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos da União na forma deste plano de trabalho.

Pede deferimento.

Fortaleza, de de 2009

\_\_\_\_\_  
Proponente

## 10- Aprovação pelo concedente

Aprovado, após análise da técnica a comprovação da regularidade cadastral da regularidade fiscal e dos aspectos jurídicos.

\_\_\_\_\_  
Concedente

Fortaleza – CE