**FORMULÁRIO COM OS DADOS DA PROPOSTA**

|  |
| --- |
|  **Município:** |
|  **Categoria da proposta:** ( ) Ações para implantação do Cuidado Farmacêutico ( ) Ações para adequação/estruturação da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) ( ) Ações para adequação/estruturação dos serviços de assistência farmacêutica ( ) Ações para promoção da educação permanente e de capacitação dos profissionais inseridos na assistência farmacêutica |

|  |
| --- |
| **Dados da proposta** |
| **Título:** |

|  |
| --- |
| **Contextualização da problemática e justificativa** |
| Faça um pequeno texto contextualizando a problemática, fornecendo uma visão clara da situação atual do seu município, identificando os problemas que a proposta pretende resolver e justificando a necessidade das ações, com as referências pertinentes. Máximo 600 palavras. |
|  |
| **Objetivos da proposta** |
| Descreva o objetivo geral da proposta. Máximo 100 palavras. |
|  |
| **Descrição da proposta e métodos de execução** |
| Descreva a proposta, considerando o passo-a-passo a ser estabelecido para sua execução, de forma a cumprir o(s) objetivo(s) proposto(s). Máximo 1500 palavras. |
| Perguntas norteadoras:* O que será feito?
* Onde será feito?
* Quais os profissionais e setores envolvidos na proposta?
* Como será feito? (descreva o passo-a-passo)
* Quais indicadores de monitoramanento e avaliação da ação proposta?
* A proposta é viável? (apresente requisitos que passem a confiança da concretização da ação proposta)

  |
| **Orçamento** |
| Descreva um breve planejamento para utilização do recurso recebido. Máximo 500 palavras. |
|  |
| **Resultados esperados** |
| Descreva os resultados e/ou produtos esperados do projeto, destacando o potencial de impacto positivo no sistema de saúde local e o caráter de ineditismo. Máximo 300 palavras. |
|  |
| **Cronograma** |
| Descreva as atividades e cronograma do projeto. Máximo 1000 palavras.Obs. Inserir quantas linhas forem necessárias |
| Atividades | Mês |
| 1. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Entrega do relatório parcial |  |  |  |  |  | **x** |  |  |  |  |  |  |
| 5. Entrega do relatório final |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **x** |
| **Referências** |
| Descreva as referências seguindo as normas da ABNT |
|  |

**DECLARAÇÃO**

Declaro estar ciente que:

* + - * O envio deste projeto não garante, por si só, o recebimento do recurso, uma vez que passará por processo seletivo, com a avaliação dos critérios estabelecidos no edital;
			* No caso deste projeto ser selecionado, o recurso de R$ 20 mil reais será recebido em parcela única e somente no ano em que for selecionado;
			* O valor NÃO será revisto e nem excedido, em caso de o investimento não ser suficiente para o alcance do objeto proposto;
			* A GEAF não se responsabiliza pela manutenção dos serviços implantados por meio deste incentivo, sendo importante que a Secretaria Municipal de Saúde esteja ciente e seja cooperativa para que esta manutenção ocorra em longo prazo;
			* Os autores assumem total e exclusiva responsabilidade a respeito de toda e qualquer reivindicação de terceiros que se sintam prejudicados pelo conteúdo descrito neste projeto. Em caso de plágio de qualquer espécie, a GEAF não responderá pelo autor, sendo este, o responsável por eventuais danos a terceiros, além de ser desclassificado deste edital e perder o direito de concorrer ao incentivo.

Farmacêutico Responsável

Secretário de Saúde Municipal