

ANEXO I

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO AO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO ONCOLÓGICA (PRONON)

I - INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO		
Razão Social:		
CNPJ:	CNES:	Data de fundação da instituição:
Endereço:		
Bairro:	Município:	UF:
CEP:	Fone:	FAX:
E-mail:		
Nome do dirigente da instituição:		
Procurador (se aplicável):		
Qualificação da Instituição: <input type="checkbox"/> CEBAS - Saúde <input type="checkbox"/> CEBAS - MDS <input type="checkbox"/> CEBAS - MEC <input type="checkbox"/> Organização Social <input type="checkbox"/> OSCIP		
II - REQUERIMENTO		
O representante legal da supracitada instituição vem requerer o credenciamento no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), como etapa prévia à apresentação de projetos, em conformidade com a Lei nº 12.715/2012 e demais legislação regulamentadora.		
Local e data		
Assinatura do dirigente da instituição		

Nome do dirigente da instituição		

ANEXO II

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO NO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PRONAS/PCD)

I - INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO		
Razão Social:		
CNPJ:	CNES:	Data de fundação da instituição:
Endereço:		
Bairro:	Município:	UF:
CEP:	Fone:	FAX:
E-mail:		
Nome do dirigente da instituição:		
Procurador (se aplicável):		
Qualificação da Instituição: <input type="checkbox"/> CEBAS - Saúde <input type="checkbox"/> CEBAS - MDS <input type="checkbox"/> CEBAS - MEC <input type="checkbox"/> Organização Social <input type="checkbox"/> OSCIP <input type="checkbox"/> Declaração de prestação de atendimento direto e gratuito e cadastro no SCNES		

II - REQUERIMENTO

O representante legal da supracitada instituição vem requerer o credenciamento no Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), como etapa prévia à apresentação de projetos, em conformidade com a Lei nº 12.715/2012 e demais legislação regulamentadora.

Local e data.

Assinatura do dirigente da instituição

Nome do dirigente da instituição

ANEXO III

APRESENTAÇÃO DE PROJETOS REFERENTES AO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO ONCOLÓGICA (PRONON) OU AO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PRONAS/PCD)

A - INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO

Programa: [1 PRONON [1 PRONAS/PCD	Portaria de credenciamento: nº e data	
Razão Social:		
CNPJ:		
Endereço:		
Bairro:	Município:	UF:
CEP:	Fone:	Fax:
E-mail:		CNES:
Dirigente:		
Procurador (se aplicável):		

B - DO PROJETO

O projeto congrega o conjunto mínimo de conceitos e instrumentos de gerenciamento, imprescindíveis para o monitoramento, avaliação e prestação de contas da execução físico-financeira.

B.1 - INFORMAÇÕES GERAIS DO PROJETO

2.1 Título do Projeto:	
2.2 Valor total do Projeto:	
2.3 Prazo de execução (em meses):	
B.2 - DA(S) AÇÕES E SERVIÇOS DE ONCOLOGIA E REABILITAÇÃO	
De acordo com os artigos 5º e 9º desta Portaria, registrar o campo de atuação pretendida. Assinalar apenas uma única opção.	
<input type="checkbox"/> Prestação de serviços médico-assistenciais;	<input type="checkbox"/> realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais.
<input type="checkbox"/> Formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis;	

B.3 - ÁREA(S) PRIORITÁRIA(S) DO PRONON (De acordo com o artigo 6º) *Preenchimento exclusivo para projeto apresentados no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON). Neste item, descrever, de forma resumida, a área prioritária de que trata o projeto, considerando as opções citadas no Art. 6º.

B.4 - ÁREA(S) PRIORITÁRIA(S) DO PRONAS/PCD (De acordo com o artigo 10) *Preenchimento exclusivo para projeto apresentados no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD).

Nesse item, descrever, de forma resumida, a área prioritária de que trata o projeto, considerando as opções citadas no Art. 10.

B.5 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DO PROJETO DE ASSISTÊNCIA E CAPACITAÇÃO

Descrição do projeto:
a) Descrever o(s) objetivo(s) do projeto considerando as áreas prioritárias de sua aplicação;
b) Apresentar a justificativa e aplicabilidade do projeto;
c) Descrever os equipamentos, as ações e os serviços de saúde atualmente realizados em nível ambulatorial e hospitalar que apresentem relação com o objetivo do projeto, a fim de demonstrar as ações inovadoras a que o projeto se propõe;
d) Descrever a estrutura física (ambientes e equipamentos) a ser utilizada e os recursos humanos a serem empregados na execução do projeto;
e) Descrever a abrangência do projeto quanto a: - dimensão geográfica, com indicação de UF/município beneficiário; - população que será beneficiada com a execução do projeto; - instituições que serão beneficiadas com o projeto, quando houver, com indicação do número do CNES e/ou CNPJ.
f) Descrever o número de vagas ofertadas, quando aplicável;
g) Descrever os resultados esperados, decorrentes da execução do projeto, suas metas a serem atingidas e respectivos indicadores (conforme quadro abaixo);
Resultado*
Indicador**
Meta***
* Os resultados devem apresentar coerência com o objetivo do projeto.
** Definir as variáveis que serão utilizadas para construção do indicador e apresentar método de cálculo.
*** As metas devem ser quantitativas e devem considerar um prazo determinado.
h) Apresentar o plano de atividades para execução do projeto (conforme quadro abaixo);

ATIVIDADE

DATA DE INÍCIO
DATA DO FIM
VALOR ESTIMADO (R\$) - quando aplicável
i) Descrever as atividades de monitoramento da execução do projeto;
j) Quando aplicável, descrever formas de disseminação dos resultados do projeto, tais como: eventos científicos, oficinas, material de divulgação/publicação, entre outras formas;
l) No caso do projeto envolver reforma, deverão ser atendidos os requisitos previstos nesta Portaria;
m) Demais informações relevantes em conformidade com as especificidades da área de atuação e do projeto.

B.6 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DO PROJETO DE PESQUISA

Descrição do projeto:
a) Informações gerais do projeto:
a.1) Título do projeto;
a.2) Pesquisador principal, com a identificação do nome, telefone e e-mail;
a.3) Valor total do projeto;
a.4) Período de execução.
b) Informações específicas do projeto.
b.1) Submeter protocolo de pesquisa com:
i - Introdução: apresentar conceitos, antecedentes científicos que justifiquem a pesquisa. Relatar o estado atual do conhecimento sobre o assunto, por meio de uma revisão bibliográfica. Deve-se finalizar com a proposição do problema a ser estudado, evidenciado pela revisão apresentada. Recomenda-se a utilização de referências com forte poder de evidência científica;
ii - Justificativa: explicar a relevância no desenvolvimento do estudo proposto, comentando repercussão científica, médica e/ou social dos resultados, além da sua viabilidade;
iii - Hipótese: são possíveis respostas ao problema da pesquisa e orientam a busca de novas informações;
iv - Objetivo Geral: define, esclarece e revela o foco de interesse da pesquisa;
v - Objetivos Específicos: definem os diferentes pontos a serem abordados, visando verificar as hipóteses e concretizar o objetivo geral;
vi - Procedimentos Metodológicos: conjunto de métodos e técnicas utilizadas para a realização de uma pesquisa. Deve incluir: - Desenho do estudo: tipo do estudo a ser realizado, como observacional, experimental, exploratório, descritivo, analítico, longitudinais, transversais, pesquisa básica, ensaios clínicos, epidemiológicos, revisão sistemática, estudo de campo e outros. - Participantes de pesquisa e tamanho amostral: critérios de inclusão e exclusão, informações necessárias ao cálculo do tamanho amostral, o valor obtido e as referências bibliográficas utilizadas. - Descrição do local do estudo. - Planejamento do estudo: descrever a sequência lógica de execução, técnicas utilizadas, testes e exames, quando couber. - Materiais e equipamentos: descrever a infraestrutura disponível e o aparato experimental necessário para a realização do estudo. - Análise dos dados: descrever métodos, técnicas, testes estatísticos e/ou programas computacionais utilizados para trabalhar os dados obtidos. vii - Resultados esperados: descrever detalhadamente o que se almeja com o estudo, em consonância com as hipóteses previamente estabelecidas; viii - Aspectos éticos: descrever quais serão os procedimentos éticos adotados, em conformidade com as diretrizes e regulamentações vigentes; ix - Cronograma de atividades: planejar o estudo em meses, sendo recomendada a utilização do modelo de Gráfico Gantt; e x - Referências: indicar, segundo normas da ABNT, lista das publicações e documentos consultados e citados ao longo do texto.
c) Descrever os resultados anuais esperados, decorrentes da execução do projeto, seus indicadores e respectivas metas a serem atingidas;
d) Descrever os produtos gerados com a execução do projeto, seus indicadores e metas;
e) Descrever as atividades de monitoramento e de avaliação e seus respectivos valores;
f) Descrever a abrangência do projeto quanto a: i - população e/ou instituição beneficiada, seja diretamente - que receberá a intervenção do projeto - seja indiretamente - que poderá se beneficiar dos resultados do projeto, com indicação de nº CNES; ii - dimensão geográfica, com indicação de UF/município beneficiário; e iii - número de vagas ofertadas, quando aplicável.
g) Quando aplicável, descrever formas de disseminação dos resultados do projeto, tais como: eventos científicos, oficinas, material de divulgação/publicação, dentre outras formas;
h) Apresentar Organograma e Quadro de Atribuições, bem como currículo Lattes, para os principais atores envolvidos no projeto, incluindo a equipe executora e ressaltando a formação e experiências relevantes ao projeto;
i) Apresentar o Plano de Atividades do Projeto com as seguintes especificações:

- i - descrição da atividade;
 ii - definição da data de início e fim de cada atividade;
 iii - descrição do indicador da atividade;
 iv - unidade de medida;
 v - metas quantitativas; e
 vi - valor estimado de cada atividade (anexar memória de cálculo) e total.
 j) Demais informações relevantes em conformidade com as especificidades da área de atuação e do projeto.

ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

ATESTADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu, NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO CREDENCIADA, CPF Nº XXXX, sob Portaria nº xxxxx ATESTO, para fins de apresentação de projetos no âmbito do PRONON OU PRONAS/PCD do Ministério da Saúde, que o(a) INSTITUIÇÃO CREDENCIADA, inscrito(a) no CNPJ sob o nº XXXXX, situado(a) à ENDEREÇO COMPLETO com CEP, apresenta capacidade técnica e operacional para o desenvolvimento do Projeto "TÍTULO DO PROJETO", em atendimento ao disposto no Art. XX, da Portaria GM/MS nº XXX de XX de XXX de 2014, considerando as experiências na execução de projeto(s)/ação(es) na(s) área(s) XXXXXX, conforme DOCUMENTO ANEXO.

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICO-OPERATIVA

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE OPERACIONAL

Declaramos, para os devidos fins que a instituição XXXXX, credenciada pela Portaria XXX de xx de xxxxx de 201x, inscrita no CNPJ sob o Nº XXXXXXXXX estabelecida no [endereço da instituição XXXXXXXX], possui capacidade técnica e operacional necessárias para a realização do projeto intitulado "XXXXXXXXXX" apresentado para execução no âmbito do PRONON ou PRONAS/PCD.

Local e Data.

[Nome do Representante Legal]Instituição XXXXX

* Enviar em papel timbrado da instituição

ANEXO VI

MODELO DE ORÇAMENTO

DEMONSTRATIVO DA PROJEÇÃO DAS DESPESAS - PRONON OU PRONAS/PCD
 VALOR DO PROJETO: R\$ XXX
 CUSTOS DIRETOS DO PROJETO

NATUREZA CUSTEIO	DESCRIÇÃO	PREVISÃO DE DESPESAS (R\$)	% SOBRE O VALOR TOTAL DO PROJETO
	Diárias		
	Passagens		
	Serviço de terceiros - Pessoa Física - serviço de captação de recursos - serviço de elaboração de projeto		
	Serviço de terceiros - Pessoa Jurídica - serviço de captação de recursos - serviço de elaboração de projeto		
	Material de Consumo		
	Consultoria		
	Coordenação		
	Outros (especificar)		
CUSTOS INDIRETOS DO PROJETO			
CAPITAL	Imobilizado Tangível		
	Obras (reformas) e Instalações		
	Equipamentos e Material Permanente		
	Equipamentos de Informática		
	Outros (especificar)		
	Imobilizado - Intangível (especificar)		
TOTAL			

ANEXO VII

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PARA PROPOSTAS QUE PREVEEM A AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES NO ÂMBITO DO PRONON E DO PRONAS/PCD

1.Dados Institucionais	
Razão Social:	
Projeto: <input type="checkbox"/> PRONON <input type="checkbox"/> PRONAS/PCD	Nº DO SIPAR do Projeto:
2.Responsável pela instituição	
Nome:	
Cargo:	Telefone:
E-mail para contato:	
3.Infraestrutura	
3.1 Os ambientes possuem áreas físicas adequadas em conformidade com a regulação do Ministério da Saúde, para a instalação e uso dos equipamentos e materiais permanentes solicitados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, mas a reforma necessária está contemplada neste projeto <input type="checkbox"/> Não possui área física	
3.2 Existem meios de acesso (pontos de desembarque, rampas, portas de acesso, corredores, etc.) para permitir a entrada e a instalação dos equipamentos de grande porte/volume? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
3.3 O estabelecimento possui Sistema de Aterramento de acordo com as normas vigentes (NBRs) aplicáveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
3.4 O estabelecimento possui Sistema de Proteção contra Descargas Atmosféricas (Pára-raios), de acordo com as normas vigentes (NBRs) aplicáveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
3.5 O estabelecimento possui Sistema de estabilização eletrônico de tensão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
3.6 O estabelecimento possui gerador de energia elétrica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
3.7 Os ambientes onde os equipamentos que possuem necessidade de climatização, possuem esse sistema? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
3.8 No caso de pleito de equipamentos que emitem radiações ionizantes, o estabelecimento possui estrutura de radioproteção de acordo com as normas vigentes aplicáveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica a este projeto	

3.9 O estabelecimento dispõe de recursos humanos capacitados para a gerência e materiais permanentes e materiais permanentes pleiteados?

Sim, para gerência e manutenção
 Sim, para gerência, a manutenção é terceirizada
 Não, o serviço é terceirizado (gerência e manutenção)
 Não se aplica

3.10 Para os equipamentos de maior complexidade, estão sendo previstos contratos de manutenção externa?

Sim
 Não
 Não se aplica

3.11 Caso tenha respondido SIM a questão anterior, detalhe o tipo de contrato:

Manutenção preventiva + Manutenção corretiva (somente mão-de-obra)
 Manutenção preventiva + Manutenção corretiva + Peças
 Manutenção preventiva + Manutenção corretiva + Peças + Acessórios
 Não sei responder

3.12 O estabelecimento dispõe de profissionais capacitados e habilitados para a operação do(s) equipamento(s) solicitado(s)?

Sim
 Não, devendo capacitar profissionais disponíveis no estabelecimento, antes da aquisição
 Não, sem previsão de dispor de um programa de contratação

4. Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (RSS)

4.1 O estabelecimento possui um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos, conforme normas vigentes aplicáveis?

Sim
 Em desenvolvimento
 Em fase de implantação
 Não possui

5. Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (RSS)

Item	Identificação do equipamento	Especificação técnica do equipamento	Quant.	Modalidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
				<input type="checkbox"/> Aquisição <input type="checkbox"/> Comodato <input type="checkbox"/> Doação		
				<input type="checkbox"/> Aquisição <input type="checkbox"/> Comodato <input type="checkbox"/> Doação		
				<input type="checkbox"/> Aquisição <input type="checkbox"/> Comodato <input type="checkbox"/> Doação		
				<input type="checkbox"/> Aquisição <input type="checkbox"/> Comodato <input type="checkbox"/> Doação		
				<input type="checkbox"/> Aquisição <input type="checkbox"/> Comodato <input type="checkbox"/> Doação		
				<input type="checkbox"/> Aquisição <input type="checkbox"/> Comodato <input type="checkbox"/> Doação		

ANEXO VIII

MODELO DE TERMO DE DOAÇÃO

TERMO DE DOAÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM A "INSTITUIÇÃO BENEFICIÁRIA XXXXX" E "INSTITUIÇÃO DONATÁRIA XXXXX"

Pelo presente instrumento, a Entidade de Saúde (sede e/ou filial) <NOME>, por intermédio da <Gerência/Superintendência/presidência> com sede xxxxxxxxxxxx, inscrita no CNPJ sob nº xx.xxx.xxx/xx-xx, ora designado DOADOR, neste ato representado na forma do seu Estatuto por <nome>, <cargo>, <nacionalidade>, <profissão>, portador do CPF/MF nº xxx.xxx.xxx-xx e RG nº <xxxxxxxx>, expedido pela xxx/xx, e de outro lado, a entidade beneficiada, <NOME>, inscrita no CNPJ/MF xxxxxxxxxxxx, com sede xxxxxxxx, doravante denominado DONATÁRIO, neste ato representada por <nome>, <cargo>, <nacionalidade>, <profissão>, portador do CPF/MF nº xxxxxxxxxxxx e RG nº xxxxxxxx, expedido pela xxx/xx, e de acordo com os autos do Processo nº <25000.xxxxxx/20xx-xx>, com fundamento na Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, no Decreto nº 7.988, de 17 de abril de 2011, na nova Portaria GM/MS nº xxxxxx/2013, têm entre si celebrar o presente TERMO DE DOAÇÃO, sob a forma e condições constantes das seguintes CLÁUSULAS:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente instrumento tem por objeto a Doação dos bens móveis e imóveis, relacionados no anexo deste Termo, tendo por finalidade a utilização pelo DONATÁRIO, na continuidade das ações e serviços de assistência à saúde da população, visando a melhoria da produção e qualidade dos procedimentos da atenção oncológica e/ou da atenção da saúde da pessoa com deficiência, assim como o aperfeiçoamento e expansão da capacidade operacional do Sistema Único de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES

O DONATÁRIO compromete-se a destinar os bens, objeto deste instrumento à execução de ações de saúde, conforme o disposto no art. Xxxx da nova Portaria nº xxxxxx/GM/MS de 2013.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O DONATÁRIO, em observância à cláusula Primeira e Segunda do presente termo, responsabiliza-se por:

- manter em funcionamento e assumir custo operacional de acordo com parâmetros firmados pelo Ministério da Saúde;
- adquirir equipamentos complementares, materiais permanentes e de consumo, necessários à implantação e operacionalização dos serviços objeto deste Termo;
- efetuar manutenção preventiva e corretiva, após o término da garantia do equipamento doado;
- manter atualizado os dados da Instituição prestadora de serviço ao SUS no Cadastro Nacional de Entidade de Saúde (CNES); e
- é de responsabilidade do DONATÁRIO, prover treinamento aos seus colaboradores para utilização correta do(s) equipamento(s) doado(s), bem como a obtenção de todas as licenças necessárias para operação dos bens.

Parágrafo único. O anexo é parte integrante e indissociável deste Termo.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS DESPESAS

Os custos com remoção e instalação do equipamento e/ou material permanente serão arcados pela donatária.

CLÁUSULA QUARTA - DO RECEBIMENTO

O DONATÁRIO, por intermédio deste instrumento, atesta, plena e irrestritamente, o recebimento de todos os bens arrolados no anexo deste Termo.

CLÁUSULA QUINTA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Em caso de constatação, pelo Ministério da Saúde ou pelos órgãos de controle externo, quanto a não utilização do bem doado para os fins e forma a que se propõe a presente DOAÇÃO, poderá ser promovida a revogação deste Termo, com comunicação prévia ao Ministério da Saúde, sem direito de indenização ao DONATÁRIO.

CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

Incumbirá à entidade beneficiária providenciar a publicação do extrato deste Termo na Imprensa Oficial, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO FORO

Fica eleito o Foro da Seção Judiciária XXXX, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Termo de Doação.

E, por estarem de pleno acordo, as partes assinam este Termo em três vias de igual teor e forma, que depois de lido e achado conforme para um só efeito, é assinado pelos partícipes na presença de 2 (duas) testemunhas, igualmente signatárias.

Local e data.

Pelo Doador
Nome:
Cargo:
TESTEMUNHAS
Nome:
CPF:

Pelo Donatário
Nome:
Cargo:
Nome:
CPF:

ANEXO AO TERMO DE DOAÇÃO

Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON)
Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD)

Projeto:
Nº do Processo Ministério da Saúde:

Dados do Doador:

Entidade:
Nome do Representante:
Cargo:
RG:
Endereço:
CEP:
Cidade/UF:
Telefone:
Fax:

Dados do Donatário:

Entidade:
Nome do Representante:
Cargo:
RG:
Endereço:
CEP:
Cidade/UF:
Telefone:
Fax:

Descrição	Valor Unitário (R\$)	Qtde	Valor Total (R\$)
TOTAL			

ANEXO IX

MODELO DE PARECER TÉCNICO CONCLUSIVO

PARECER TÉCNICO nº	Data:
SIPAR:	<input type="checkbox"/> PRONON <input type="checkbox"/> PRONAS/PCD
Nome do projeto:	
Área de atuação:	
Razão social:	
CNPJ:	
Valor aprovado: R\$	
Prazo de execução aprovado:	
I - DO RESUMO DO PROJETO:	
a) descrever o objeto; e	
b) descrever o objetivo	
II - DA ANÁLISE TÉCNICA:	
a) descrever a relevância do projeto, a sua adequação às ações prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde e o seu potencial de contribuição para melhoria da execução, gestão e qualificação das ações e serviços de atenção oncológica ou de reabilitação.	
b) verificar o completo e correto preenchimento do requerimento de apresentação de projeto do ANEXO III;	
c) analisar quanto ao enquadramento do projeto à Lei nº 12.715/2012, e às demais normativas do PRONON e do PRONAS/PCD;	
d) verificar a adequação do projeto e da instituição aos mecanismos dos programas;	
e) verificar as planilhas orçamentárias e os documentos técnicos exigidos da instituição; e	
f) verificar a duplicidade da proposta apresentada a qualquer modalidade de financiamento no âmbito do PRONON e do PRONAS/PCD.	
g) aferir a capacidade técnica-operacional para execução do projeto apresentado;	
h) verificar a adequação entre o objeto a ser executado e os produtos resultantes, mediante indicadores para avaliação final do projeto;	
i) verificar a adequação das estratégias de ação aos objetivos, assinalando-se, claramente, no parecer, se as etapas previstas são necessárias ou suficientes à sua realização e se são compatíveis com os prazos e custos previstos;	
j) verificar o enquadramento do projeto nos campos de atuação estabelecidos no art. 6 e no 10;	
k) destacar a repercussão local, regional, nacional e internacional do projeto, conforme o caso;	
l) indicar os impactos e desdobramentos positivos ou negativos do projeto, no âmbito social ou outro considerado relevante;	
m) ressaltar a contribuição para o desenvolvimento da área ou segmento em que se insere o projeto analisado;	
n) verificar a compatibilidade dos custos previstos com os preços praticados no mercado regional da produção, destacando-os; e	
o) verificar o atendimento aos critérios e limites de custos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.	
III - DA CONCLUSÃO:	
<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado <input type="checkbox"/> Em Diligência	
Assinaturas	

ANEXO AO MODELO DE PARECER TÉCNICO

ASPECTO PARA AVALIAÇÃO DO PROJETO

Aspectos a serem observados para avaliação do mérito	Nota Máxima	Peso
Tempo de experiência da instituição, em relação à área a que se refere a proposta	10	1
Experiência em relação ao tema dos responsáveis pelo projeto	10	2
Descrição dos objetivos clara e articulada com as ações previstas e as propostas do projeto	10	2
Qualidade da metodologia para o alcance dos objetivos	10	2
Metodologia e conteúdo com abordagem multiprofissional	10	2
Viabilidade do projeto em relação ao cronograma de execução	10	3
Metas e indicadores de monitoramento e avaliação das ações coerentes com as propostas no projeto	10	2
Abrangência do projeto em regiões que apresentem vazios assistenciais	10	4

ANEXO X

MODELOS DE RECIBO

MODELO DE RECIBO I		
Transferência de Quantias em Dinheiro		
LOGO DA INSTITUIÇÃO		
RECIBO EM FAVOR DO DOADOR PRONON - PRONAS/PCD	ANO CALENDÁRIO DA DOAÇÃO:	NÚMERO DE ORDEM:
Recebemos a importância, abaixo especificada, como participação no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), conforme estabelecido no art. 6º da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, e IN nº 1.311, de 31 de dezembro de 2012, da Receita Federal do Brasil.		

DADOS DA PARTICIPAÇÃO

01. TIPO DA OPERAÇÃO: Transferência de Quantias em Dinheiro
02. VALOR DA DOAÇÃO: R\$ _____ Por extenso: _____

03. BANCO:	04. N.º DA AGÊNCIA:	05. N.º CONTA CORRENTE	06. DATA DO RECEBIMENTO DA DOAÇÃO
------------	---------------------	------------------------	-----------------------------------

DADOS DO DOADOR

7. NOME:	9. ENDEREÇO:
8. CNPJ/CPF:	12. CEP:
10. CIDADE:	11. UF:
13. TELEFONE:	
14. NOME DO DIRIGENTE MÁXIMO DA EMPRESA DOADORA (no caso de Pessoa Jurídica):	

DADOS DO PROJETO

15. <input type="checkbox"/> PRONON 16. <input type="checkbox"/> PRONAS/PCD	
17. TÍTULO DO PROJETO:	
18. N.º SIPAR DO PROJETO:	
19. PORTARIA DE AUTORIZAÇÃO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS:	
20. INSTITUIÇÃO PROPONENTE:	21. CNPJ:
22. ENDEREÇO:	23. TELEFONE:
24. CIDADE:	25. UF:
	26. CEP:

DADOS DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

27. NOME:	29. CARGO:	30. TELEFONE:
28. CPF:	32. ASSINATURA E CARIMBO	
31. LOCAL/DATA:		
1ª VIA - DOADOR	2ª VIA - MINISTÉRIO DA SAÚDE	3ª VIA - INSTITUIÇÃO PROPONENTE

MODELO DE RECIBO II Transferência de Bens Móveis e Imóveis		
LOGO DA INSTITUIÇÃO		
RECIBO EM FAVOR DO DOADOR PRONON - PRONAS/PCD	ANO CALENDÁRIO DA DOAÇÃO:	NÚMERO DE ORDEM:
Recebemos a importância, abaixo especificada, como participação no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), conforme estabelecido no art. 6º da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, e IN nº 1.311, de 31 de dezembro de 2012, da Receita Federal do Brasil.		

DADOS DA PARTICIPAÇÃO

01. TIPO DA OPERAÇÃO: Transferência de Bens: (<input type="checkbox"/>) Móveis (<input type="checkbox"/>) Imóveis
02. VALOR DA DOAÇÃO: Bens Móveis R\$ _____ Por extenso: _____ Bens Imóveis R\$ _____ Por extenso: _____
03. Documentação comprobatória - Bem Móveis (vide Anexo I)
04. Documentação comprobatória - Bens Imóveis (vide Anexo II)

DADOS DO DOADOR

5. NOME:	7. ENDEREÇO:
6. CNPJ/CPF:	10. CEP:
8. CIDADE:	11. TELEFONE:
9. UF:	
12. NOME DO DIRIGENTE MÁXIMO DA EMPRESA DOADORA (no caso de Pessoa Jurídica):	

DADOS DO PROJETO

13. <input type="checkbox"/> PRONON 14. <input type="checkbox"/> PRONAS/PCD	
15. TÍTULO DO PROJETO:	
16. N.º SIPAR DO PROJETO:	
17. PORTARIA DE AUTORIZAÇÃO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS:	
18. INSTITUIÇÃO PROPONENTE:	19. CNPJ:
20. ENDEREÇO:	21. TELEFONE:
22. CIDADE:	23. UF:
	24. CEP:

DADOS DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

25. NOME:	27. CARGO:	28. TELEFONE:
26. CPF:	30. ASSINATURA E CARIMBO	
29. LOCAL/DATA:		
1ª VIA - DOADOR	2ª VIA - MINISTÉRIO DA SAÚDE	3ª VIA - INSTITUIÇÃO PROPONENTE

(Anexo A)
Documentação comprobatória - Bem Móveis

- Nota Fiscal ou Fatura de Bem Móveis
- Guia de Transferência de Bens Móveis (*)

Guia de Transferência de Bens Móveis				
Descrição do Bem	Especificação (nome e características)	Quantidade	Valor (R\$)	Estado e Conservação Avaliação do bem (<input type="checkbox"/>)sim (anexar Laudo de Avaliação) (<input type="checkbox"/>)não

- Laudo de Avaliação deve conter:

Nome do(s) avaliador(es)
CPF:
CNPJ:
Endereço do(s) avaliador(es)
- Última Declaração do IR

- Documentação de Transferência de Bem Imóveis, registrado em cartório
- Certidão de feitos ajuizados, comprovando a existência ou não de ações contra o imóvel.
- Registro e Escritura do Imóvel
- Regularidade dos impostos/despesas do Imóvel

MODELO DE RECIBO III
Comodato ou cessão de uso de bens imóveis ou equipamentos

LOGO DA INSTITUIÇÃO

RECIBO EM FAVOR DO DOADOR PRONON - PRONAS/PCD

ANO CALENDÁRIO DA DOAÇÃO:

NÚMERO DE ORDEM:

Recebemos a importância, abaixo especificada, como participação no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), conforme estabelecido no art. 6º da Lei nº 12.715 de 17 de setembro de 2012, e IN nº 1.311, de 31 de dezembro de 2012, da Receita Federal do Brasil.

DADOS DA PARTICIPAÇÃO

03. TIPO DA OPERAÇÃO: () Comodato de Equipamentos

() Cessão de Uso de Bens Imóveis

04. VALOR DA DOAÇÃO:

Comodato de Equipamentos R\$ _____

Por extenso: _____

Cessão de Uso de Bens Imóveis R\$ _____

Por extenso: _____

03. Documentação comprobatória - Comodato de Equipamentos (vide Anexo I)

04. Documentação comprobatória - Cessão de Uso de Bens Imóveis (vide Anexo II)

DADOS DO DOADOR

5. NOME:

6. CNPJ/CPF:

7. ENDEREÇO:

8. CIDADE:

9. UF:

10. CEP:

11. TELEFONE:

12. NOME DO DIRIGENTE MÁXIMO DA EMPRESA DOADORA (no caso de Pessoa Jurídica):

DADOS DO PROJETO

13. PRONON 14. PRONAS/PCD

15. TÍTULO DO PROJETO:

16. Nº SIPAR DO PROJETO:

17. PORTARIA DE AUTORIZAÇÃO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS:

18. INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

19. CNPJ:

20. ENDEREÇO:

21. TELEFONE:

22. CIDADE:

23. UF:

24. CEP:

DADOS DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

25. NOME:

26. CPF:

27. CARGO:

28. TELEFONE:

29. LOCAL/DATA:

30. ASSINATURA E CARIMBO

1ª VIA - DOADOR

2ª VIA - MINISTÉRIO DA SAÚDE

3ª VIA - INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Anexo A

Comodato de equipamentos

- Contrato de Comodato de Equipamentos - especificar a garantia dos equipamentos, observando a vigência do projeto (Cabe indenização?)

- Termo de Entrega do Equipamento em Comodato

- Nota Fiscal de Remessa e Nota Fiscal de Retorno (na última prestação de contas do projeto).

Anexo B

Cessão de Uso de Bens Imóveis

- Contrato de Cessão de Uso de Bens Imóveis - especificar a garantia dos equipamentos, observando a vigência do projeto.

- Documentos que comprovam o atendimento às normas sanitárias.

MODELO DE RECIBO IV

Fornecimento de material de consumo, hospitalar ou clínico, de medicamentos ou de produtos de alimentação

LOGO DA INSTITUIÇÃO

RECIBO EM FAVOR DO DOADOR PRONON - PRONAS/PCD

ANO CALENDÁRIO DA DOAÇÃO:

NÚMERO DE ORDEM:

Recebemos a importância, abaixo especificada, como participação no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), conforme estabelecido no art. 6º da Lei nº 12.715 de 17 de setembro de 2012, e IN nº 1.311, de 31 de dezembro de 2012, da Receita Federal do Brasil.

DADOS DA PARTICIPAÇÃO

05. TIPO DA OPERAÇÃO: () fornecimento de material de consumo hospitalar;

() fornecimento de material de consumo clínico;

() fornecimento de medicamentos; e

() fornecimento de produtos de alimentação.

06. VALOR DA DOAÇÃO:

- fornecimento de material de consumo hospitalar R\$ _____

Por extenso: _____

- fornecimento de material de consumo clínico R\$ _____

Por extenso: _____

- fornecimento de medicamentos R\$ _____

Por extenso: _____

- fornecimento de produtos de alimentação R\$ _____

Por extenso: _____

03. Documentação comprobatória para o tipo de operação vide Anexos

DADOS DO DOADOR

4. NOME:

5. CNPJ/CPF:

6. ENDEREÇO:

7. CIDADE:

8. UF:

9. CEP:

10. TELEFONE:

11. NOME DO DIRIGENTE MÁXIMO DA EMPRESA DOADORA (no caso de Pessoa Jurídica):

DADOS DO PROJETO

12. <input type="checkbox"/> PRONON 13. <input type="checkbox"/> PRONAS/PCD		
14. TÍTULO DO PROJETO:		
15. Nº SIPAR DO PROJETO:		
16. PORTARIA DE AUTORIZAÇÃO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS:		
17. INSTITUIÇÃO PROPONENTE:		18. CNPJ:
19. ENDEREÇO:		20. TELEFONE:
21. CIDADE:	22. UF:	23. CEP:

DADOS DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

24. NOME:		
25. CPF:	26. CARGO:	
27. TELEFONE:		28. LOCAL/DATA:
29. ASSINATURA E CARIMBO		
1ª VIA - DOADOR	2ª VIA - MINISTÉRIO DA SAÚDE	3ª VIA - INSTITUIÇÃO PROPONENTE
Anexo A Fornecimento de material de consumo hospitalar ou clínico/ Medicamentos/Produtos de alimentação		
- Contrato de Fornecimento - Ordem de Fornecimento - Nota Fiscal/Fatura		

Material de consumo hospitalar ou clínico			
Item	Especificação sucinta	Quantidade	Preço Unitário (em R\$)
			Preço Total (em R\$)