



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA
PROJETO VIGISUS
INICIATIVAS COMUNITÁRIAS EM SAÚDE INDÍGENA

Anexos

Formulário de preenchimento de Projeto de Iniciativa Comunitária

Documentos necessários para as organizações indígenas proponentes

Orientações para preenchimento do Formulário

Endereços para envio do projeto:

Projeto VIGISUS/UGP FUNASA
Setor de Autarquias Sul – Quadra 5 – Bloco N
Sala 510 – Edifício OAB
Asa Sul
CEP: 70.438-900
Brasília/DF

alexandre.jeronimo@funasa.gov.br

claudia.franco@funasa.gov.br

maria.quirino@funasa.gov.br

patricia.souza@funasa.gov.br

selmo.norte@funasa.gov.br

Telefones para contato:

(61) 3314 6505

(61) 3314 6533 fax



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA
PROJETO VIGISUS
INICIATIVAS COMUNITÁRIAS EM SAÚDE INDÍGENA**

1. Nome do Projeto:

2. Identificação da Comunidade Indígena Proponente:

Nome da Aldeia:

Etnia Predominante na Aldeia:

Número de pessoas que moram na Aldeia		Nome da Terra Indígena:
• Crianças		
• Jovens		
• Adultos		
• TOTAL		

Nome completo das principais lideranças da aldeia:

Nome do Distrito Sanitário Especial Indígena - (DSEI)	Distância até o Pólo-Base de saúde indígena mais próximo (em quilômetros ou tempo gasto para percorrê-la)
---	---



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA
PROJETO VIGISUS
INICIATIVAS COMUNITÁRIAS EM SAÚDE INDÍGENA**

3. Identificação da associação Indígena Proponente (anexar documentação, ver pág. 14):

Nome e Sigla

Endereço Completo (para correspondência):

Telefone/fax:	E-mail:	CNPJ:
---------------	---------	-------

Nome do Presidente/Coordenador da associação Proponente:

Qual a experiência de trabalho da associação Indígena proponente? Relate os trabalhos realizados nos últimos três anos, os parceiros com quem tem trabalhado as atividades junto à comunidade proponente:

A associação tem experiência de trabalhos com a FUNASA? () Sim () Não

Caso a associação esteja associada a alguma federação ou confederação de associações indígenas identifique-a:



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA
PROJETO VIGISUS
INICIATIVAS COMUNITÁRIAS EM SAÚDE INDÍGENA**

4. Área de Enquadramento da Proposta:

- Redução da mortalidade do recém-nascido, da criança e da mãe
- Promoção da segurança alimentar e nutricional
- Proteção da saúde
- Saberes e práticas tradicionais de saúde
- Saúde Mental
- Valorização das organizações das mulheres indígenas

5. Relate o problema que vocês querem resolver com o projeto e que benefícios a realização do projeto vai trazer para sua comunidade?

6. O que vocês pretendem fazer?

6.1. Quais são as atividades que o projeto vai realizar? Quando?



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA
PROJETO VIGISUS
INICIATIVAS COMUNITÁRIAS EM SAÚDE INDÍGENA**

6.2. Com que recursos e/ou materiais?

Discriminação	Quantidade	Preço Unitário (R\$)	Total (R\$)
Material de consumo (especificar)			
Equipamento e material permanente (especificar)			
Passagens e despesas com locomoção (especificar)			
Serviços Pessoa Física (especificar)			
Serviços Pessoa Jurídica (especificar)			
Obras e instalações (especificar)			

6.3. Qual a participação da comunidade? Como vai ser?

6.4. Como será a continuidade do projeto após o término desse financiamento?



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA
PROJETO VIGISUS
INICIATIVAS COMUNITÁRIAS EM SAÚDE INDÍGENA**

7. Qual vai ser a duração do projeto? (_____ meses)

8. Como será a distribuição dos recursos para viabilizar o projeto?

Discriminação	Distribuição dos recursos solicitados por período		
	<i>período 1</i>	<i>período 2</i>	<i>período 3</i>
Material de consumo	R\$	R\$	R\$
Equipamento e material permanente	R\$	R\$	R\$
Passagens e despesas com locomoção	R\$	R\$	R\$
Serviços Pessoa Física	R\$	R\$	R\$
Serviços Pessoa Jurídica	R\$	R\$	R\$
Obras e instalações	R\$	R\$	R\$
Totais	R\$	R\$	R\$

9. Quais associações indígenas e indigenistas, instituições públicas ou privadas têm trabalhado na sua aldeia (sig nome)?

10. Que outros projetos já foram desenvolvidos pela comunidade e quais os que estão em execução ou em vias de execução?

Local	Data	Assinatura do Presidente/Coordenador da Associação Indígena
-------	------	---



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA
PROJETO VIGISUS
INICIATIVAS COMUNITÁRIAS EM SAÚDE INDÍGENA**

As propostas de iniciativas comunitárias enviadas pelas associações indígenas proponentes devem anexar:

- Cópia do Estatuto registrado em Cartório da associação indígena
- Cópia da inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) da associação indígena
- Cópia da Ata de posse da atual Diretoria da associação indígena
- Cópia da Ata da reunião realizada para identificação de necessidades, seleção de prioridades e deliberação sobre a proposta a ser encaminhada à Unidade Gestora do Iniciativas Comunitárias, devidamente assinada por todos os seus participantes
- Cópia do documento de identidade e do CPF do Presidente da Associação Indígena



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA
PROJETO VIGISUS
INICIATIVAS COMUNITÁRIAS EM SAÚDE INDÍGENA
Orientações para preenchimento do Formulário

- O Formulário para elaboração de projetos do *Iniciativas Comunitárias* está em forma de formulário com perguntas. Basta responder as perguntas dentro dos quadros (espaços).
- Cópias dos Formulários deste manual estão em disquete que vem preso no final das páginas.
- Passe os formulários do disquete para o computador e preencha os quadros (espaços) com as informações do seu projeto.
- Para facilitar, imprima cópias dos formulários para preenchê-los à mão, para depois passar para o computador.
- Os quadros (espaços) para o preenchimento dos dados podem ser aumentados. Todas as informações são importantes para a qualidade do projeto. Os itens 5, 6, 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4 devem conter informações detalhadas e esclarecedoras.
- Para aumentar os quadros (espaços) é só ir digitando “enter” no final de cada quadro toda vez que falta espaço que, automaticamente, o programa vai acrescentar mais uma linha/espaço.
- As informações que não couberem nos quadros do formulário podem, também, ser digitadas em uma folha em branco para anexar ao projeto.
- Verifique se as informações estão corretas e imprima para ser assinado e enviado à Funasa.